





# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 11 avril 1864,*

**Par JULES MORICOURT,**

né à Nantes (Loire-Inférieure),

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris

(Médaille de Bronze de l'Assistance publique, 1863);

Membre de la Société anatomique,

Membre de la Société médicale d'Observation.

---

DE

### LA NATURE DES AFFECTIONS

CONSIDÉRÉES CLINIQUEMENT COMME

CANCÉREUSES.

---

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties  
de l'enseignement médical.

---

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

(SUCCESSEUR DE M. RIGNOUX.)

31, rue Monsieur-le-Prince, 31.

1864

1864. — Moricourt.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

**Doyen, M. TARDIEU.**

## Professeurs. MM.

|                                                                                       |                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie. . . . .                                                                     | JARJAVAY.                                                                                                              |
| Physiologie. . . . .                                                                  | LONGET.                                                                                                                |
| Physique médicale. . . . .                                                            | GAVARRET.                                                                                                              |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                                  | BAILLON.                                                                                                               |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                                          | WURTZ.                                                                                                                 |
| Pharmacologie. . . . .                                                                | REGNAULD.                                                                                                              |
| Hygiène. . . . .                                                                      | BOUCHARDAT.                                                                                                            |
| Médecine comparée. . . . .                                                            | N. . . . .                                                                                                             |
| Histologie. . . . .                                                                   | ROBIN.                                                                                                                 |
| Pathologie médicale. . . . .                                                          | { N. GUILLOT.<br>MONNERET.                                                                                             |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                                      | { DENONVILLIERS.<br>GOSSELIN.                                                                                          |
| Anatomie pathologique. . . . .                                                        | CRUVEILHIER.                                                                                                           |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                                        | ANDRAL.                                                                                                                |
| Opérations et appareils. . . . .                                                      | MALGAIGNE.                                                                                                             |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .                                            | GRISOLLE.                                                                                                              |
| Médecine légale. . . . .                                                              | TARDIEU.                                                                                                               |
| Accouchements, maladies des femmes en couches<br>et des enfants nouveau-nés . . . . . | { BOUILLAUD.<br>ROSTAN.<br>PIORRY.<br>TROUSSEAU.<br>VELPEAU.<br>LAUGIER.<br>NÉLATON.<br>JOBERT DE LAMBALLE.<br>DEPAUL. |
| Clinique médicale. . . . .                                                            |                                                                                                                        |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                                        |                                                                                                                        |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                                     |                                                                                                                        |

*Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS. — Professeur honoraire, M. GLOQUET.*

## Agrégés en exercice.

|               |             |               |             |
|---------------|-------------|---------------|-------------|
| MM. AXENFELD. | MM. EMPIS.  | MM. LIÉGEOIS. | MM. REVEIL. |
| BAUCHET.      | FANO.       | LORAIN.       | SÉE.        |
| BLOT.         | FOUCHER.    | LUTZ.         | TARNIER.    |
| CHARCOT.      | GUILLEMIN.  | MARCÉ.        | TRELAT.     |
| CHAUFFARD.    | HÉRARD.     | PARROT.       | VULPIAN.    |
| DOLBEAU.      | HOUEL.      | POTAIN.       |             |
| DUCHAUSOY.    | LABOULBÈNE. |               |             |

## Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

|                                                 |             |
|-------------------------------------------------|-------------|
| Cours clinique des maladies de la peau. . . . . | MM. HARDY.  |
| — des maladies syphilitiques. . . . .           | N. . . . .  |
| — des maladies des enfants. . . . .             | ROGER.      |
| — des maladies mentales et nerveuses. . . . .   | LASÈGUE.    |
| — d'ophtalmologie. . . . .                      | FOLLIN.     |
| — des maladies des voies urinaires. . . . .     | VOILLEMIER. |

*Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.*

## Examineurs de la thèse.

MM. ROBIN, *président*; MONNERET, EMPIS, SÉE.

M. FORGET, *Secrétaire*.

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

**DE MON PÈRE**

---

**A MA MÈRE**

**A MA FAMILLE**

**A MES AMIS**

## **A MON COUSIN BUCQUOY**

Médecin-Accoucheur à Amiens.

Croyez bien que je n'ai pas lieu de regretter d'avoir persévéré dans la carrière  
où vous avez encouragé mes premiers pas.

## **A M. LE D<sup>r</sup> BASTIEN**

ex-Prosecteur des Hôpitaux,  
Membre de la Société de Biologie, etc.

Les services que vous m'avez rendus sont de ceux qu'on n'oublie jamais ;  
permettez-moi de vous en témoigner ici toute ma reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

**M. PELLETAN DE KINKELIN**

Médecin de l'hôpital de la Charité,  
Chevalier de la Légion d'Honneur.

(Hôtel-Dieu, 1858. — Externat.)

**M. FOLLIN**

Chirurgien de l'hôpital du Midi,  
Agrégré libre de la Faculté de Médecine de Paris ;  
Chargé du cours clinique d'ophtalmologie,  
Membre de la Société de Chirurgie.

(Necker, 1859. — Externat.)

**M. POTAIN**

Médecin de l'hospice des Ménages,  
Agrégré de la Faculté de Médecine de Paris.

(Enfants Malades, 1860. — Internat.)

**M. LAUGIER**

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,  
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,  
Membre de l'Académie impériale de Médecine,  
Officier de la Légion d'Honneur, etc.

(Hôtel-Dieu, 1861. — Internat.)

## **M. LASÈGUE**

Médecin de l'hôpital Necker,  
Agrégré libre de la Faculté de Médecine de Paris,  
chargé du Cours sur l'aliénation mentale et les maladies nerveuses,  
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

(Necker, 1862. — Internat.)

## **M. MILLARD**

Médecin de la Direction des Nourrices.

(Necker, 1862. — Internat.)

## **M. BARTH**

Médecin de l'Hôtel-Dieu,  
Agrégré libre à la Faculté de Médecine de Paris,  
Membre de l'Académie impériale de Médecine,  
Chevalier de la Légion d'Honneur,  
Président de la Société médicale d'Observation.

(Hôtel-Dieu, 1865. — Internat.)

## **M. LABOULBÈNE**

Médecin des Hôpitaux,  
Agréé à la Faculté de Médecine de Paris,  
Chevalier de la Légion d'Honneur.

(Hôtel-Dieu, 1863. — Internat.)

## **M. VIDAL**

Médecin des Hôpitaux,  
Chevalier de l'Ordre de Metjidié,

(Hôtel-Dieu, 863. — Internat.)

---

## **A M. CH. ROBIN**

Professeur d'Histologie à la Faculté de Médecine de Paris,  
Membre de l'Académie impériale de Médecine,  
Chevalier de la Légion d'Honneur, etc.

## **A M. CORVISART**

Médecin de l'Empereur,  
Officier de la Légion d'Honneur.

Je prie MM. BLACHE, BOUVIER, ROGER, SÉE, MARTIN-MAGRON  
et MARTIN-DAMOURETTE, d'agréer mes remerciements pour la  
bienveillance qu'ils m'ont témoignée et pour le savant  
enseignement dont ils m'ont fait profiter.

## INTRODUCTION

---

Je n'ai pas la prétention, dans cette thèse, de juger toutes les controverses qu'a soulevées le mot cancer, ni de décider la question de savoir s'il doit ou non disparaître un jour de la science. J'ai voulu seulement réunir un certain nombre de faits qui, joints à d'autres, pourront peut-être un jour servir à la solution de ce point délicat de la pathologie.

Je prends les choses telles qu'elles sont, et je constate que l'expression de *cancer* n'a point encore disparu de la pratique médicale ou chirurgicale, mais surtout de la pratique médicale ; et, je dois le dire tout de suite, c'est principalement au point de vue médical que j'envisage les affections cancéreuses.

Tous les jours, en effet, dans les services de médecine des hôpitaux, on voit les cliniciens les plus éminents diagnostiquer ces affections, alors même qu'il leur est impossible de localiser le mal dans quelque organe de l'économie que ce soit.

Les observations qui constituent la partie fondamentale de cette thèse se rapportent précisément à des affections que j'intitule *cancéreuses*, parce qu'elles ont été jugées telles par l'ensemble des symptômes pendant la vie, alors qu'on n'avait, pour se guider, ni l'examen histologique, ni même les caractères extérieurs des tumeurs.

Je me sers donc du mot *cancer* en lui conservant son sens traditionnel, mais uniquement au point de vue clinique.

Car, au point de vue anatomique, il résulte des progrès de l'ana-

tomie générale et de l'histologie en particulier (voy. *Dict. de Nysten* ; art. *Cancer, texture des tissus*, etc.) que l'on ne saurait plus regarder aujourd'hui le tissu cancéreux, ainsi que le faisait Laennec, comme un tissu spécifique, sans analogue dans l'économie, et que les éléments dits *cancéreux* (cellules ou noyaux), qui avaient été considérés, et qui sont encore considérés par quelques histologistes comme hétéromorphes, ne forment pas une espèce distincte de celles qu'on rencontre à l'état normal ; qu'ils correspondent en réalité à l'une des phases du développement accidentel ou morbide de plusieurs espèces de cellules ou de noyaux.

C'est ce que démontrent d'ailleurs nos observations (1). Elles font voir de plus que les éléments que l'on rencontre dans le tissu dit *cancéreux* (cliniquement) ne sont pas seulement des cellules ou des noyaux, mais qu'on y rencontre aussi des fibres.

Sans doute, si l'on se plaçait exclusivement au point de vue des classifications anatomo-pathologiques, le mot *cancer* pourrait être remplacé avantageusement par les mots *épithéliomas, fibromes, adénomes*, etc.....

Mais, je l'ai déjà dit, dans la pratique médicale, cela n'est pas possible, au moins quant à présent, par la raison qu'il n'existe pas de signe propre à faire distinguer ces différentes variétés anatomiques pendant la vie. Pour désigner ces différents cas, je me sers du mot *affection* qui, comprenant à la fois les symptômes et les lésions, convient aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

De plus, pour moi, l'affection étant la manifestation sur une partie du corps (organe ou tissu) d'un état général qui constitue la ma-

---

(1) Que M. le professeur Robin me permette de lui adresser ici tous mes remerciements pour l'extrême obligeance avec laquelle il a bien voulu examiner au microscope les pièces que je lui ai apportées, et me donner dans des notes détaillées les résultats de ses examens. C'est une bonne fortune dont j'ai dû profiter pour faire cette thèse.

ladie , dans l'étude de la nature des affections dites *cancéreuses*, outre la structure intime du tissu *cancéreux*, j'aurai à examiner si ces affections, à peu près semblables par leurs symptômes, mais bien différentes par leurs lésions, constituent autant de maladies essentielles ou si elles sont subordonnées, soit à une seule maladie : le cancer, soit à plusieurs maladies : le cancer, la dartre, l'arthritisme, par exemple.

Ainsi donc, après avoir rapporté mes observations, afin de montrer les principales variétés de structure que l'on peut rencontrer dans le tissu dit *cancéreux*, j'examinerai les différentes opinions des histologistes sur la constitution anatomique de ce tissu ; j'indiquerai ensuite rapidement les tentatives faites par MM. Hardy et Bazin pour rattacher un certain nombre d'affections dites *cancéreuses* à d'autres maladies constitutionnelles que le cancer. Enfin, je résumerai ce travail par un certain nombre de conclusions.



---

DE LA

# NATURE DES AFFECTIONS

CONSIDÉRÉES CLINIQUEMENT COMME

## CANCÉREUSES

---

### PREMIÈRE PARTIE.

---

#### **Observations.**

Ces observations se partagent en deux séries :

La première, qui est la plus nombreuse, comprend des observations ayant pour but de déterminer la structure du tissu cancéreux et dans lesquelles l'examen histologique est rapporté avec détails, le plus souvent d'après les notes de M. Ch. Robin.

Je diviserai cette première série en deux groupes. L'un renfermera les cas où l'élément anatomique fondamental du tissu morbide est de l'épithélium, avec différentes variétés, suivant que cet épithélium est à l'état de cellules ou de noyaux, selon qu'il est disposé ou non sous la forme de culs-de-sac ou de papilles. Dans l'autre, seront les cas où l'on n'a rencontré, dans le tissu morbide, que les éléments du tissu lamineux simplement juxtaposés ou offrant une texture analogue à celle qu'ils présentent dans la trame celluleuse des organes.

Dans la seconde série, j'ai réuni un certain nombre d'observations qui m'ont paru offrir quelque intérêt au point de vue de l'étude des rapports qui peuvent exister entre les affections dites *cancéreuses* et les *maladies constitutionnelles*.

Je ferai ressortir, chemin faisant, ce que ces différentes observations contiennent de plus saillant.

---

#### A. — CANCER ÉPITHÉLIAL.

##### a. — *Cancer à cellules.*

#### OBSERVATION F<sup>e</sup>.

Cancer des ovaires, du foie, de l'estomac et du péritoine; *épithélium prismatique semblable à celui des trompes*; cellules présentant des excavations.

B..... (Victorine), 47 ans, ouvrière en dentelles, fille, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 29 janvier 1863 (n° 15 de la salle Saint-Landry, service de M. Barth).

Interrogée sur les causes qui peuvent avoir influé sur le développement de sa maladie, dont elle ne fait pas remonter le début au delà de cinq mois, elle indique les privations de toutes sortes dont elle a souffert depuis deux ans. Avant cette époque, elle se portait bien. Elle n'a jamais eu de chagrin, elle est au contraire d'un caractère gai.

Voici comment elle raconte le début de sa maladie : il y a environ cinq mois, à la suite d'un saisissement, ses règles se sont supprimées et n'ont pas reparu depuis.

A partir de ce moment, elle a commencé à éprouver différents symptômes du côté du tube digestif, à savoir : des douleurs, des tiraillements d'estomac, de la constipation et des vomissements. En même temps, elle sentait ses forces diminuer, elle éprouvait des courbatures. C'est alors qu'elle est entrée à la Pitié, dont elle est sortie il y a trois semaines. Depuis ce temps, les vomissements ont diminué ; néanmoins ils ont persisté dans une certaine mesure, ils ont lieu presque immédiatement après le repas et présentent une coloration *chocolat* ou *mare de café*.

La malade a un *dégoût prononcé pour le pain*, mais elle mange volontiers de la

*viande et du laitage.* Elle a maigri considérablement; les saillies osseuses sont fortement accusées sous la peau, qui est pâle, d'une coloration *jaune feuille-morte*. Il existe un peu d'œdème des mains.

L'abdomen est tuméfié, globuleux; on y sent, par la palpation, une tumeur dure, bosselée, irrégulière, située dans la fosse iliaque droite, du volume des deux poings environ, mobile de haut en bas et transversalement.

Le col de l'utérus est sain. Par la palpation abdominale et le toucher vaginal combinés, on s'assure que les pressions exercées sur la tumeur se transmettent à l'utérus. La tumeur est d'ailleurs d'autant moins mobile qu'on l'examine plus inférieurement, et il paraît manifeste qu'elle a son siège d'implantation dans le petit bassin.

On diagnostiqua un cancer de l'ovaire et de l'estomac.

Le traitement a consisté en purgatifs légers, eau de Seltz, potion de Rivière, glace, régime lacté. Sous l'influence de cette médication, les vomissements se calmèrent pendant quelques jours, mais ils recommencèrent et devinrent presque incessants. En même temps, la malade se plaignait de douleurs dans les reins et dans les jambes. Elle s'amaigrit de plus en plus, et mourut dans la nuit du 15 février.

*Autopsie le 17.* Les ovaires sont remplacés par deux tumeurs dures, résistantes, globuleuses, bosselées, parsemées de *kystes* dont les plus gros ont de 2 à 3 centimètres de diamètre. Les *trompes* sont intactes. L'utérus lui-même est sain, il est seulement atrophié, et le col de l'utérus réduit à un simple pertuis dans lequel on peut faire pénétrer un stylet.

Ces tumeurs incisées présentent à la coupe un aspect squirrheux, une coloration blanchâtre; le *suc cancéreux* y est manifeste. La tumeur droite est la plus développée et présente le volume des deux poings. La tumeur gauche présente seulement 5 à 6 centimètres de diamètre.

Le foie présente, vers la partie moyenne de sa face convexe, une tumeur de couleur jaunâtre, large de 2 à 3 centimètres, et offrant vers son centre une dépression en godet; cette tumeur se prolonge dans l'épaisseur du foie; la portion de tissu hépatique qui l'entoure est congestionnée. Il existe dans le reste de l'étendue du foie dix à quinze tumeurs de même aspect, mais plus petites, et dont plusieurs présentent une dépression centrale.

La vésicule contient une matière liquide, visqueuse, noire comme de la suie.

L'extrémité pylorique de l'estomac est indurée et épaissie; les parois de l'orifice présentent environ 1 centimètre d'épaisseur; la muqueuse est ulcérée au niveau même de l'orifice pylorique; à 3 centimètres environ à gauche du pylore, sur la grande courbure, se voit une tumeur large de 2 centimètres, faisant saillie

vers la face interne du ventricule; la muqueuse est saine à son niveau, non adhérente et parfaitement mobile.

Il existe des *granulations* jaunâtres de 2 à 5 millimètres de diamètre sur toute la face péritonéale du diaphragme, et dans une certaine étendue du reste des parois de l'abdomen.

Rien de particulier dans les autres organes.

### *Structure intime de ces produits morbides.*

Ayant porté ces productions pathologiques dans le laboratoire de M. Robin, j'ai pu constater avec lui les faits suivants que je reproduis ici d'après la rédaction qu'il en a faite :

« Les petites masses ou granulations bleuâtres ou jaunâtres du diaphragme sont fermes, toutes situées entre le péritoine qu'elles soulèvent et amincissent et le tissu musculaire, elles sont formées entièrement par des *cellules épithéliales prismatiques* facilement reconnaissables et juxtaposées. Ces cellules sont courtes pour la plupart, et, *sauf l'absence de cils vibratils, sont semblables à celles qui tapissent les trompes*. Leur noyau est ovoïde, sans nucléole pour le plus grand nombre. Quelques-unes ont les angles arrondis, mais on n'en trouve presque pas qui soient sphériques.

« Ces cellules étaient pourvues de granulations grisâtres, comme sur les cellules normales, mais il n'y en avait pas qui fussent chargées de granulations graisseuses. Rien n'était plus frappant que la netteté des caractères de ces cellules, *dont le plus grand nombre ne différait pas des cellules prises sur une muqueuse saine à cellules épithéliales prismatiques courtes*.

« Les masses morbides du foie et celle du pylore étaient blanchâtres, friables, sans présenter encore de suc à la pression. On y trouvait encore un assez grand nombre de cellules semblables aux précédentes, mais beaucoup étaient plus longues, bien que prismatiques, et avaient un *noyau plus gros avec un petit nucléole brillant*. Mais sur plus de la moitié des cellules, on trouvait, entre le noyau et le contour de la masse, des *granulations graisseuses*. Avec cet état gra-

nuleux, certaines cellules conservaient leur forme prismatique, mais étaient plus grandes que les autres.

« Les autres étaient à angles arrondis ou même devenues tout à fait ovoïdes ou sphéroïdales à contour plus ou moins régulier, plus grosses de la moitié au double que celles qui n'étaient pas granuleuses. Cet état granuleux les rendait beaucoup plus foncées et était assez prononcé pour masquer le noyau de quelques-unes, ou peut-être pour l'avoir fait disparaître par atrophie sur un certain nombre. *La forme prismatique et la structure peu ou non granuleuse de la moitié environ de ces cellules permettait de reconnaître facilement que ces éléments étaient de même espèce que ceux des petits grains parsemant le diaphragme ; et on suivait facilement tous les degrés intermédiaires entre les cellules de constitution normale et celles qui étaient devenues volumineuses, sphéroïdales plus ou moins irrégulières, en même temps que parsemées de nombreuses granulations graisseuses, à centre brillant jaunâtre, à contour foncé.*

« Les tumeurs des ovaires étaient molles, pulpeuses, d'un gris blanchâtre ou rosé au centre, et donnaient à la pression ou par le raclage un suc blanchâtre assez abondant. On ne trouvait guère qu'une cellule sur dix qui fût régulièrement prismatique, semblable à celles des grains du diaphragme. Les autres offraient toutes les modifications successives de moindre netteté des angles, de passage à la forme sphéroïdale, avec augmentation de volume et dépôt de granules graisseux, décrites dans les cellules des masses morbides du foie. Un certain nombre des cellules ainsi modifiées atteignait jusqu'à 5 et 6 centièmes de millimètre de large, et présentait en même temps une ou plusieurs *excavations sphériques*, pleines d'un liquide limpide, telles qu'on en voit sur les éléments de beaucoup de tumeurs d'origine épithéliale, et même sur les cellules de diverses muqueuses, lorsque ces cellules, placées dans des conditions anormales, ne peuvent être expulsées par une desquamation régulière.

« Les grandes cellules qui offraient ces vacuoles étaient toutes irrégulières ; beaucoup étaient aplaties, excepté au niveau de ces cavités

qui n'occupent généralement qu'une partie de l'étendue des cellules altérées de la sorte. Le noyau des cellules était ordinairement volumineux, à peu près proportionnellement au diamètre des cellules. On trouvait en outre des noyaux libres dont beaucoup étaient granuleux et déformés ou devenus sphériques.»

En résumé, nous voyons là des tumeurs multiples des ovaires, du foie, de l'estomac et du péritoine, remarquables d'abord par l'*uniformité de leur structure*; car elles étaient toutes formées par des cellules *épithéliales prismatiques, semblables à celles de la muqueuse des trompes*, et en second lieu par leur développement successif dans l'ovaire, le foie et l'estomac, et enfin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du diaphragme et des parois abdominales. Sans doute la marche de la maladie et les caractères extérieurs de ces tumeurs suffisaient pour établir leur nature cancéreuse. Mais nous croyons que l'examen microscopique a eu aussi son utilité. En effet, il nous a appris que c'est seulement dans les points où l'altération *était la plus avancée* qu'existaient des cellules plus volumineuses, irrégulières, avec un grand noyau, ayant les principaux caractères de ce qu'on a décrit sous le nom de *cellules cancéreuses*. Rien de semblable n'existait dans les granulations du péritoine, où l'altération était au début, et il était facile de suivre la transition entre ces prétendues cellules cancéreuses et les petites cellules épithéliales prismatiques des granulations péritonéales. *Ce fait démontre avec beaucoup d'autres que la cellule cancéreuse n'existe pas en tant qu'espèce d'élément hétérologue, que ce qu'on a appelé ainsi n'est que l'évolution ultérieure d'un élément ayant son analogue dans l'économie, mais souvent hypertrophié et surtout né en nombre exagéré, et dans des points où il ne doit pas exister normalement.*

Le suc cancéreux est intimement lié à cette évolution ultérieure; nous avons vu en effet qu'il existait seulement dans la tumeur de l'ovaire, là où l'altération avait débuté et où elle était la plus ancienne.

Il n'y a pas de rapport entre le suc cancéreux et la nature des éléments qui composent le tissu morbide, car on en trouve sur des tumeurs formées de tissu fibreux, de tissu glandulaire, etc.

Nous n'avons trouvé dans les granulations péritonéales que des cellules épithéliales prismatiques, bien caractérisées, situées, il est vrai, au milieu d'une trame de tissu lamineux; mais il n'y avait pas de noyaux embryoplastiques en train de se transformer en cellules. Ce fait ne confirme donc pas la théorie de Virchow, d'après laquelle les cellules du cancer dérivent des noyaux du tissu conjonctif. Et pour nous en tenir à la stricte observation des faits, nous pensons qu'il faut voir, dans le cas que nous venons de rapporter, une affection méritant cliniquement le nom de cancéreuse, caractérisée anatomiquement par l'hypergénèse et le développement hétérotopique de l'épithélium de la muqueuse des trompes.

#### OBSERVATION II.

Cancer de l'utérus généralisé dans les ovaires, la vessie, l'intestin, le foie, la rate et le poumon; épithélium analogue à celui de la muqueuse utérine; cellules excavées, globes épidermiques; pas de trame de tissu conjonctif.

M.... (Marie), 36 ans, sans profession, mariée, entrée à l'Hôtel-Dieu le 2 avril 1863 (salle Saint-François, n° 2, service de M. Barth).

A joui d'une assez bonne santé jusqu'à il y a dix-huit mois, époque à laquelle elle éprouva un *revers de fortune*. C'est à cette circonstance et aux *privations* qu'elle dut s'imposer qu'elle attribue le développement de sa maladie.

Ses règles commencèrent à se déranger à plusieurs reprises; elle eut des *métrorrhagies*, dont quelques-unes dans l'intervalle des époques menstruelles.

Depuis six mois, les pertes sanguines ont cessé, mais elles ont été remplacées par des pertes en blanc, puis en *roux*, et cet écoulement est devenu de plus en plus *fétide*.

Au moment de son entrée, la malade présente un état cachectique des plus marqués; elle a perdu ses forces, l'amaigrissement est considérable; la *coloration jaune-paille* de la peau est évidente.

Comme il y avait de la toux, on aurait pu croire, au premier abord, à une phthisie pulmonaire, mais l'auscultation ne révélait rien, et d'ailleurs la malade appelait de suite l'attention du côté de l'utérus.

La palpation faisait constater une tuméfaction s'élevant jusqu'à quatre tra-

vers de doigt au-dessus du pubis et s'étendant jusque dans la fosse iliaque droite. Par le toucher, on ne trouvait plus à la place du col qu'une masse de végétations fongueuses. L'examen au spéculum levait tous les doutes et laissait voir une large surface ulcérée, parsemée çà et là de lambeaux sphacelés. C'était donc bien un cancer de l'utérus.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a rien présenté de particulier, elle est allée s'amaigrissant, mangeant de moins en moins, la teinte jaune-paille se prononçant de plus en plus.

Nous n'avons noté qu'un seul phénomène particulier qui s'est montré huit jours avant sa mort, c'est une incontinence des matières fécales, que la malade rendait par le vagin, et dont l'autopsie nous révéla le mécanisme.

Le 28 mai, à sept heures du matin, la malade mourait dans le dernier degré du marasme.

*Autopsie le 29. — Abdomen.* La paroi abdominale enlevée laisse voir l'utérus et les intestins soudés en une seule masse proéminente du côté de la fosse iliaque droite. Sur la portion de l'intestin grêle comprise dans cette masse et voisine de l'utérus se voient cinq petites tumeurs de 1 centimètre de diamètre environ, comprises dans l'épaisseur même de la paroi intestinale, entre la tunique séreuse et la musculuse, d'un gris blanchâtre à la coupe.

L'intestin est ensuite incisé de haut en bas, ce qui permet de reconnaître qu'il vient s'ouvrir à la partie supérieure du vagin; qu'en ce point existe une sorte de cloaque dans lequel venaient se rendre les matières fécales et la matière ichoreuse résultant de la destruction du cancer de l'utérus. Le col de l'utérus et la moitié inférieure du corps sont entièrement détruits. Le reste du tissu utérin est infiltré d'une matière blanchâtre, de consistance caséeuse, un peu plus ferme par place, et formant de petites tumeurs, dont quelques-unes ont envahi la muqueuse vésicale, à la face interne de laquelle elles viennent faire saillie.

Les deux ovaires sont envahis par la même matière. L'ovaire droit, qui est le plus volumineux, forme une masse de 5 à 6 centimètres de long sur 3 à 4 centimètres d'épaisseur.

Le foie offre un volume à peu près normal, plutôt un peu diminué; il est parsemé de noyaux cancéreux de la grosseur d'une noisette environ, au nombre d'une quarantaine, dont quelques-uns proéminent sur ses faces supérieure et inférieure et présentent une dépression centrale. Ces tumeurs se détachent nettement, par leur teinte, du tissu du foie, mais elles ne sont pas enkystées. Nous avons trouvé un seul kyste rempli d'une sérosité transparente, de 1 centimètre de diamètre; quelques-unes de ces tumeurs étaient ramollies à leur centre, qui était constitué par une matière blanchâtre, diffuente, et semblable à celle que nous avons signalée dans l'utérus.

La rate présentait *deux masses cancéreuses* du volume d'une noix, d'un blanc jaunâtre, situées l'une à son extrémité inférieure, l'autre à son extrémité supérieure, le long du bord postérieur de l'organe.

L'estomac était parfaitement sain.

Poitrine. Enfin dans le *poumon* existaient un grand nombre de *noyaux*, les uns durs, les autres mous, et formés par la même matière diffuente dont nous avons parlé.

Le cœur était diminué de volume ; l'orifice ventriculaire gauche rétréci ; on n'y pouvait passer qu'un doigt.

Ayant porté ces pièces dans le laboratoire de M. Robin, j'ai pu constater avec lui les détails suivants, que je rapporte ici, d'après la note que je dois à son obligeance :

« Toutes les tumeurs sont blanches ou grisâtres, se réduisent facilement en pulpe ; celles du poumon sont colorées en gris-noirâtre par du charbon pulmonaire.

« Dans le poumon et dans la rate, certaines portions des masses sont ramollies et diffuantes.

« Le tissu morbide est composé essentiellement de cellules épithéliales dont les 6 à 7 dixièmes environ sont des cellules polyédriques, ou sphéroïdales, à noyaux sphériques larges de 0<sup>mm</sup>,07 à 0<sup>mm</sup>,08, sans nucléoles.

« Le reste est constitué principalement par des cellules prismatiques, régulières ou non, et par des noyaux libres. Presque toutes ces cellules ne dépassent pas 0<sup>mm</sup>,02 à 0<sup>mm</sup>,03 au plus : leurs contours sont nets, mais pâles ; elles sont peu granuleuses, mais il y a par place une assez grande quantité de granulations graisseuses interposées. Ces cellules sont immédiatement juxtaposées les unes aux autres, n'ayant entre elles que les granules graisseux dont il vient d'être question, là où ils existent.

« Ces cellules se retrouvent avec une remarquable identité dans l'utérus, la rate, les masses blanches du foie et leurs analogues du poumon.

Elles sont seulement un peu plus pâles dans la rate. Ici également les cellules prismatiques sont un peu plus nombreuses que dans les organes précédents.

Dans toutes les masses morbides sans exception, on trouve *quelques cellules* atteignant de  $0^{\text{mm}},03$  à  $0^{\text{mm}},06$ , irrégulièrement sphéroïdales ou polyédriques, ayant de 1 à 3 noyaux environ, soit sphériques, soit ovoïdes, plus *gros que* ceux des cellules précédemment indiquées. Presque toutes ces *cellules* sont *creusées de vacuoles sphériques* pleines d'un liquide limpide ou comblées complètement ou à peu près par des concrétions incolores réfractant fortement la lumière, homogènes ou granuleuses, qu'on trouve si communément dans les épithéliomas de la face ou des lèvres.

« Des excavations semblables avec ou sans concrétions se rencontrent aussi sur les cellules arrondies ou polyédriques les plus petites décrites plus haut.

« Les petites cellules ainsi excavées sont nombreuses et rapprochées dans certains points, et donnent alors un aspect tout particulier aux masses qu'elles forment.

« Dans les masses morbides de ces quatre organes, on trouve aussi, et en nombre à peu près égal, des *globes épidermiques* peu volumineux ( $0^{\text{mm}},06$  à  $0^{\text{mm}},08$  environ) ayant pour centre un amas grenu ou une cellule creusée d'excavations.

« Ce que *présentent de remarquable toutes ces productions morbides*, c'est l'uniformité d'aspect de leurs éléments, le petit volume et l'uniformité de dimensions des cellules et des noyaux, *noyaux sphériques* dans plus des 9 dixièmes des *cellules*, à l'exception toutefois des cellules *prismatiques* qui ont presque toutes un noyau ovoïde.

« La substance ramollie presque diffuente de quelques-unes des masses pulmonaires et de celles de la rate ne diffère que par la moindre cohérence des cellules et par la plus grande quantité de granules graisseux interposés.

« Dans l'intestin, les caractères sont identiques ; toutefois, sur un certain nombre de cellules les noyaux sont un peu plus volumineux, néanmoins sphériques et pourvus d'un nucléole.

« Les cellules polyédriques qui forment, comme nous l'avons dit, les 7 dixièmes du tissu morbide offrent une grande ressemblance avec les cellules de la muqueuse utérine dans le point où cette muqueuse est intermédiaire entre la muqueuse du corps et celle du col de l'utérus.

« Tout porte à croire que c'est par là que l'altération a débuté. »

A quelle maladie avons-nous affaire ? Il n'est aucun clinicien, avant l'intervention du microscope, qui, pendant la vie, ait hésité à diagnostiquer un cas de *cancer*, bien qu'il eût été impossible de localiser la maladie d'une manière certaine ailleurs que dans l'utérus, si ce n'est dans les derniers jours où l'incontinence des matières fécales rendues par le vagin devait faire penser à un envahissement de l'intestin par le tissu morbide.

Il n'est aucun anatomo-pathologiste qui, à l'examen des pièces sur la table de l'amphithéâtre, ait hésité à confirmer le diagnostic de *cancer* porté pendant la vie.

Eh bien ! il ne nous semble pas que les notions fournies par le microscope soient de nature à faire modifier cette désignation consacrée à la fois par la clinique et par l'anatomie pathologique.

Ce que l'histologie nous apprend dans le cas actuel, c'est que les tumeurs multiples que nous avons décrites sont formées par un amas de cellules épithéliales disposées par places en globes épidermiques, que parmi ces cellules on en trouve qui sont plus volumineuses, déformées, et présentent des excavations, comme on en rencontre souvent sur les épithéliomas de la face ; en d'autres termes que ces tumeurs sont des épithéliomas.

En résumé, nous croyons avoir affaire, dans le cas actuel, à la maladie dite *cancer*, laquelle a présenté comme lésion des tumeurs de la variété dite épithélioma.

### OBSERVATION III.

Cancer du maxillaire supérieur et du diaphragme; *cellules épidermiques; globes*. (Obs. de M. Lancereaux.)

X....., jeune homme, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Maisonneuve. Ce jeune homme a mené une vie fort orageuse, a commis de nombreux excès. Il a reçu plusieurs blessures sur le tronc. Il est atteint d'un cancer qui, ayant débuté par la lèvre inférieure, a détruit une moitié de la face et envahi la partie supérieure du cou.

M. Maisonneuve pratique l'ablation. Le malade meurt d'œdème de la glotte.

On trouve à l'autopsie, sur le diaphragme, dans l'épaisseur même du centre phrénique, une masse cancéreuse du diamètre d'une pièce de 2 francs, et dans laquelle on retrouve de véritables cellules épidermiques, et *des globes épidermiques*, comme dans la tumeur de la face.

Ce fait prouve que les cancroïdes des lèvres, en général bénins, peuvent cependant se généraliser, et que dès lors ils doivent être considérés comme de véritables cancers.

### OBSERVATION IV.

Cancer du foie et des ganglions voisins; *cellules propres du foie*. (Obs. de M. Lemaire.)

X....., 67 ans, femme de ménage, entrée le 7 novembre 1863 à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Monique, n° 8), service de M. Gueneau de Mussy.

Pas d'antécédents héréditaires appréciables, aucune maladie antérieure.

Douleurs de ventre depuis sept à huit mois.

Ces douleurs, qui étaient violentes et prenaient à certains moments le caractère *lancinant*, avait pour siège principal l'hypochondre droit et l'épigastre, d'où elles s'irradiaient dans les épaules, surtout dans la droite. Quelques rares *vomissements alimentaires*. *Pituites et bouche amère habituellement*, anémie et dyspnée.

Pas d'ictères. Rien de particulier dans les urines.

Ascite légère pendant le dernier mois, quelques frissons; amaigrissement. La tumeur fait des progrès rapides.

23 décembre. *Parotidite droite suppurée*. On pouvait faire sourdre du pus par le canal de Sténon. Délire tranquille; langue fuligineuse. Mort le 25 décembre.

26. Autopsie.

*Tête.* L'encéphale n'a pas été examiné. La glande parotide droite est complètement suppurée.

*Poitrine.* Quelques adhérences pleurales anciennes. Au *sommet du poumon gauche*, *cicatrice* renfermant à son centre de la *matière crétaée*. Congestion pulmonaire.

Cà et là quelques petits noyaux, de 3 à 4 millimètres de large, qui tranchent par leur coloration plus claire sur le reste du tissu pulmonaire.

*Abdomen.* Le lobe droit du *foie* est à peu près totalement converti en tissu cancéreux, d'un blanc jaunâtre, assez dur, disposé sous la forme de gros marrons, ne présentant pas de dépression centrale, ramollis seulement en quelques points. Le *suc cancéreux* y est manifeste. — D'autres noyaux plus petits sont plus durs, plus blancs et sans sucs cancéreux; un certain nombre d'adhérences unissent le foie au diaphragme et au gros intestin.

La *vésicule biliaire* est dilatée et renferme de *six à huit calculs*.

Tous les autres organes sont sains; un des ovaires seulement est transformé en un kyste rempli d'une matière gélatineuse transparente.

Il existe en outre, dans le tissu cellulaire qui entoure le pancréas, cinq ou six petites tumeurs cancéreuses du volume d'une noisette et une autre de la grosseur d'une noix.

27. M. Robin, à qui j'avais porté ces pièces, a bien voulu les examiner et me remettre la note suivante :

« *Tumeurs primitives du foie*, remarquables par la présence de *grandes cellules chargées de graisse*, à un, deux ou trois noyaux, ces dernières plus abondantes que les précédentes.

« Ces cellules sont grandes, *irrégulières*; quelques-unes sont creusées d'*excavations*. Ces cellules, du reste, sont semblables à toutes celles qu'on trouve dans les masses morbides primitives marronnées, d'origine hépatique. Le fait le plus important, c'est l'*existence dans les ganglions de cellules entièrement semblables aux précédentes et bien plus analogues à celles du parenchyme normal hépatique que celles des masses marronnées du foie lui-même*, parce que, dans les ganglions, les granulations graisseuses sont moins abondantes, les cellules moins hypertrophiées et d'une forme plus régulière, plus analogue à celle du parenchyme propre du foie. »

Ainsi, il s'agit bien là d'un cancer épithélial ayant débuté par le foie et caractérisé par l'hypergénèse avec l'hétérotopie des cellules propres du foie.

Nous sommes heureux de publier ici une note intéressante que M. Lancereaux a bien voulu nous remettre sur le cancer du foie.

On y verra que M. Lancereaux est arrivé aux mêmes résultats que dans l'observation précédente.

« Depuis l'année 1858, où j'étais interne de M. Rayer, j'ai eu occasion d'observer cinq fois (1) au moins une altération du foie qui s'est toujours présentée avec une physionomie tellement particulière qu'elle me paraît digne d'une description spéciale. Cette altération toutefois n'est pas sans analogie avec cet état de la glande hépatique, qui a été regardé et décrit par quelques auteurs comme le troisième degré de la cirrhose, et il y a lieu de croire qu'elle ne diffère pas de la modification anatomique qui se rencontre dans quelques-uns au moins des faits qui ont servi à établir l'existence de ce dernier degré de l'induration granulée du foie. Voici quels sont ses principaux caractères :

« Le plus souvent augmenté de volume et adhérent au diaphragme, le foie est le siège de bosselures ou de tumeurs plus ou moins volumineuses. En général molles et moins consistantes que le reste du parenchyme, ces tumeurs sont remarquables par leur coloration tantôt d'un jaune clair ou foncé, tantôt verdâtre ou même verte. Outre ces tumeurs, on aperçoit à la coupe du foie des plaques de même coloration, en général de petite étendue et parfaitement distinctes du reste du parenchyme, qui est brunâtre ou grisâtre. Celui-ci du reste offre un aspect granulé qui donne à l'altération dont il est le siège un certain air de ressemblance avec l'affection décrite sous le nom de *cirrhose hépatique*. *La veine porte ou les veines sus-hépatiques*, dont les parois nous ont paru saines, étaient *obstruées par une substance ferme, jaunâtre ou verdâtre (il en a été ainsi dans tous les cas qui ont passé sous nos yeux)*, différente de la fibrine, au moins dans la portion la plus élevée du vaisseau obstrué. Dans tous les cas, cette altération se trouvait limitée à la glande hépatique ;

---

(1) Les pièces anatomiques relatives à trois des cas en question ont été présentées à la Société anatomique dans le cours des années 1858, 1860 et 1861.

deux fois seulement les glandes lymphatiques correspondantes étaient simultanément lésées.

« Dans un cas, l'un des ganglions lymphatiques situés à la partie inférieure et postérieure du sternum était augmenté de volume et représentait une coloration verdâtre analogue à celle des tumeurs hépatiques.

« Hypertrophie de la trame de la substance conjonctive dans les parties indurées et comme cirrhosées, *hypergénèse et souvent hypertrophie avec dégénération graisseuse des cellules sécrétantes du foie* dans les points colorés et ramollis, telle a été la nature de l'altération révélée par l'examen microscopique. Dans les veines se sont retrouvés les mêmes éléments aussi bien que dans les ganglions lymphatiques.

« *Distincte par ses caractères anatomiques, cette affection l'est encore par sa marche ordinairement rapide; elle s'accompagne d'ascite et d'ictère dans les derniers jours seulement. A notre avis, elle doit rentrer dans le groupe des lésions cancéreuses du foie, tant à cause de la présence du néoplasme au sein des vaisseaux veineux que de l'envahissement des glandes lymphatiques par ce même produit, caractère qui n'appartient jamais à la cirrhose.*

« L'altération dont il s'agit ici n'est par conséquent qu'une *variété du cancer hépatique, dont les cellules sécrétantes sont l'élément principal.*

« *A cette variété s'en ajoutent deux autres : l'une, qui est la plus fréquente, a pour point de départ l'altération des éléments de tissu conjonctif, tandis que la dernière est due à l'hypergénèse des épithéliums cylindriques des conduits biliaires.* »

---

Ainsi, dans cette variété, l'élément anatomique fondamental qui compose le tissu morbide est représenté par des cellules épithéliales de formes diverses.

*Parmi ces cellules épithéliales, on en trouve toujours qui, très-nombreuses en certains points de la masse accidentelle, ont des ca-*

*ractères identiques à ceux des cellules normales, et en général à ceux des cellules de l'organe par où la lésion a débuté.*

Ainsi, dans l'observation 2, ce sont des cellules prismatiques analogues aux cellules normales de la muqueuse utérine au niveau de la jonction du col et du corps de cet organe.

Dans l'observation 1, les cellules sont semblables à celles de la muqueuse des trompes, bien que cependant il n'y ait point de cancer dans les trompes.

Dans l'observation 4, c'est l'épithélium hépatique qui a été atteint d'hypergénèse et s'est développé hétérotopiquement dans les ganglions.

La note de M. Lancereau nous apprend que tantôt ce sont les cellules proprement dites du foie, tantôt les cellules prismatiques des conduits biliaires qui peuvent former l'élément anatomique fondamental des produits morbides.

Enfin, dans l'observation 3, le point de départ a été l'épithélium épidermique.

#### *b. — Cancer nucléaire.*

#### OBSERVATION V.

Cancer de l'estomac; épithélium nucléaire des glandes de la muqueuse de cet organe.

F.... (Gilbert), 64 ans, ancien concierge, puis porteur d'eau, veuf, entré le 4 décembre 1863 à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Madeleine, n° 14, service de M. Barth). a toujours été très-faible de santé.

Il a eu une hernie qui est passée depuis cinq ans et qui a duré dix-huit mois; elle était venue sans cause connue.

Scarlatine, il y a deux ans.

Son père est mort âgé il ne sait pas de quoi, sa mère non plus. Il a perdu tous ses frères et sœurs. Une de ses sœurs est morte au bout de six mois de maladie.

Lui-même, depuis longtemps, était sujet à avoir des sueurs qui se sont supprimées tout d'un coup; alors sont survenues des douleurs dans les bras, pendant deux mois; ensuite est apparue une douleur dans le ventre, accompagnée de crampes dans les pieds et dans les mains.

Il fait remonter à huit mois le début de la maladie pour laquelle il entre à l'hôpital.

Actuellement on sent une tumeur à la réunion de l'hypochondre droit et du creux épigastrique. Cette tumeur, quoique mal circonscrite, est des plus évidentes. Il est difficile de dire si elle appartient au foie ou à l'estomac.

Il était sujet à *vomir* presque tous les jours ; il n'y a que depuis qu'il est à l'hôpital qu'il peut garder sa nourriture. Douleurs de tête dans l'oreille et dans le coin des yeux.

Du reste, le malade a une intelligence au-dessous de la moyenne et il est très-difficile d'en avoir des renseignements.

Amaigrissement, perte des forces, faiblesse et douleur dans les jambes qui sont enflées.

Étouffements de temps en temps ; n'a jamais eu la jaunisse.

Pendant qu'il était au service, ses dents ont commencé à se gâter, il ne lui en reste que deux.

1<sup>er</sup> janvier 1864. A partir de ce moment, le malade s'affaiblit graduellement ; il a beaucoup de diarrhée.

1<sup>er</sup> mars. Il y a eu quelques *vomissements noirs ces jours-ci* pour la *première fois*.

Mort le 6 mars.

Le 7. A l'autopsie, on constate une *affection cancéreuse* de l'estomac. La face interne de ce viscère est convertie dans presque toute son étendue en une couche d'une matière pulpeuse et largement ulcérée, paraissant avoir été digérée par le suc gastrique après la mort. Cette matière, d'un blanc jaunâtre, d'un aspect encéphaloïde des plus manifestes, présente 10 à 12 millimètres d'épaisseur, surtout au niveau de la petite courbure de l'estomac ; elle s'étend un peu du côté du pylore.

En faisant une coupe de la paroi de l'estomac, on voit que cette matière pulpeuse tranche par sa coloration sur celle de la tunique musculaire : la muqueuse seule a été détruite par le tissu morbide. On ne voyait rien à l'extérieur de l'estomac qui avait seulement contracté des adhérences avec le foie et avec les organes suivants :

Les ganglions n'avaient même pas été envahis.

Il paraît qu'il existait dans le poumon quelques petits noyaux d'apparence cancéreuse, mais qui, malheureusement, n'ont pu être examinés au microscope.

Le foie, plutôt un peu diminué de volume, présentait un aspect grenu très-marqué. Sa consistance était très-ferme ; il criait presque sous le scapel. Il nous a paru qu'il y avait hypertrophie des cloisons fibreuses de cet organe.

M. Robin, qui a examiné les pièces avec soin, a vu que le tissu morbide était constitué par un épithélium nucléaire analogue à celui qui existe normalement dans les glandes de l'estomac; ces noyaux étaient un peu plus volumineux qu'à l'état normal et remplis de granulations graisseuses.

M. Robin a déjà vu cette altération, qui a été désignée sous le nom d'ulcère de l'estomac.

Nous l'appellerons cancer nucléaire de l'estomac. Nous ferons remarquer que ce malade paraît avoir eu quelques douleurs rhumatismales.

#### OBSERVATION VI.

Cancer nucléaire de l'estomac, du poumon et des ganglions mésentériques (forme rare à marche rapide); stroma.

D.... (Joséphine), 69 ans, journalière, entrée, le 6 juin 1863 (n° 20, salle Saint-Landry, service de M. Barth).

Son père a vécu jusqu'à un âge avancé; sa mère est morte en couches.

Elle-même a eu beaucoup de *chagrins*.

Elle a toujours travaillé dans les *champs*; elle n'aimait *pas la viande* et mangeait beaucoup de légumes.

Elle n'a jamais eu d'enfants.

Elle a eu la jambe écrasée il y a treize mois; mais il y a *trois ans* qu'elle a commencé à éprouver les premiers symptômes de la maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital.

Elle est restée quatorze mois à Saint-Antoine, dans le service de de M. Boucher de la Ville Jossy; elle en est sortie il y a sept mois.

Elle se plaint de douleurs dans le ventre, dans l'estomac, dans le dos, dans les épaules et les pieds.

Depuis qu'elle eu la jambe écrasée, sa position s'est aggravée. En effet, depuis ce temps, elle ne peut presque plus boire ni manger; elle éprouve une grande gêne de la respiration; elle a maigri considérablement.

Elle a vomi 2 litres de sang, à deux reprises différentes, il y a dix mois.

Depuis huit mois elle a des *vomissements glaireux* à jeun, et des diarrhées avec des selles noires de temps en temps.

*Craquements* au sommet droit en arrière; ongles hypocratiques.

Battements de cœur.

Elle a toujours été sujette à avoir des coliques à l'époque de ses règles.

Elle ne voit plus depuis vingt ans ; jamais elle n'a eu de pertes en blanc.

On sent, entre le nombril et le rebord des fausses côtes gauches , une tumeur qui est le siège par moments de douleurs lancinantes. Le foie est petit, douloureux à la pression ; il en est de même de tout le ventre.

Elle n'a jamais été grande mangeuse.

Jamais elle n'a eu de flatuosités.

Jamais elle n'a eu la jaunisse.

Pendant son séjour dans la salle elle ne prenait que des bouillons et des potages et vomissait deux ou trois fois par jour.

Elle alla s'affaiblissant et mourut le 14 juillet 1863.

Le 15. *Autopsie.*

Maigreur du cadavre, œdème des pieds et des mains.

Il existe un *cancer* de l'estomac occupant surtout la petite courbure, formant une masse grosse comme les deux poings, paraissant s'être développée au-dessous de la muqueuse.

Cette tumeur se prolonge sur la face antérieure et le long de la grande courbure de l'estomac.

La muqueuse stomacale est détruite et ulcérée sur une large surface.

La cavité de l'estomac se trouve rétrécie par la présence de la tumeur et réduite au calibre du gros intestin ; le cardia et le pyllore avaient leur calibre normal.

Il existait en avant de la masse morbide un kyste de la grosseur d'une pomme, rempli d'un liquide puriforme.

L'intestin était sain ; il y avait seulement quelques *ganglions du mésentère cancéreux* et des traces de péritonite chronique.

Dans le poumon on trouve par place des noyaux de pneumonie chronique prédominants au sommet et aussi à la partie inférieure.

A la partie supérieure, au milieu des noyaux de pneumonie chronique, se voient de petites granulations d'un gris jaunâtre, semblables à du *tubercule*. Par places ces granulations sont agglomérées et forment des masses volumineuses et ramollies ; ailleurs existent de petites cavernes, dont quelques-unes sont sous-pleurales.

Il existe une *atrophie notable du cœur* portant surtout sur le ventricule droit. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées et revenues sur elles-mêmes.

Le foie est gros.

La tumeur de l'estomac présente de nombreuses bosselures inégales ; incisée

elle offre une couleur jaunâtre et présente par places des parties plus dures, d'une consistance fibro-cartilagineuse, et plus pâles, sans suc cancéreux. C'est un tissu d'aspect encéphaloïde, quoique très-dur.

Voici la note que M. Robin a bien voulu nous remettre :

« Toutes ces masses morbides sont assez fermes, d'un gris jaunâtre. Elles sont constituées par de l'épithélium nucléaire, à noyaux sphériques, larges de  $0^{\text{mm}},005$  à  $0^{\text{mm}},007$ , sans nucléoles, finement granuleux, et adhérents les uns aux autres, avec interposition d'une petite quantité de matière amorphe.

« Ce tissu épithélial semble remplir des aréoles limitées par des faisceaux fibreux, denses, tenaces, fortement adhérents les uns aux autres, sans qu'il soit possible de déterminer une texture analogue ou non à celle des glandes.

« Dans l'estomac, depuis le voisinage de l'ulcération jusque dans la partie la plus profonde, on retrouve partout la même structure, et elle est identique dans les masses morbides du poumon ainsi que dans les ganglions lymphatiques. Près de la partie ulcérée, l'adhérence des noyaux les uns aux autres est moins considérable. On trouve entre eux une assez grande quantité de granulations graisseuses qui donnent au tissu un aspect blanchâtre. »

M. Robin m'a dit avoir observé une pièce analogue qui lui a été remise par MM. Salmon et Manoury, de Chartres. Dans cette pièce, les ganglions du cou, enlevés les premiers, ont offert une texture semblable à celle qui vient d'être décrite. Plus tard la mamelle enlevée présentait une altération pareille et la malade étant morte on put trouver dans une masse cancéreuse volumineuse, qui existait dans l'aisselle, une structure semblable à celle des ganglions lymphatiques et à celle qui avait envahi le tissu mammaire. Dans la masse morbide de l'aisselle, le tissu était plus compacte que dans celle des ganglions du cou; il avait pris une teinte jaunâtre par suite du dépôt de granules graisseux, sans néanmoins présenter de ramollissement.

Il résulte de cette structure que les gargouillements qu'on entendait à l'auscultation étaient dus à l'existence de petites cavernes dues au ramollissement du produit morbide, sans qu'il y eût de tubercules. C'est là un fait qui nous paraît intéressant. Car si on n'avait pas pratiqué l'examen microscopique on aurait pu noter à tort chez ce malade la coexistence de tubercules pulmonaires.

Ici nous ne trouvons plus que des noyaux comme élément anatomique fondamental.

Cette forme de cancer n'est pas essentiellement différente du cancer à cellules, car on sait que dans la génération des cellules épithéliales ce sont leurs noyaux qui apparaissent les premiers.

Il semble que dans les formes à marche rapide, comme dans l'obs. 6, la matière amorphe interposée aux noyaux n'ait pas le temps de se segmenter.

Dans l'obs. 5, où il s'agit de l'épithélium nucléaire des glandes de l'estomac, il est probable qu'on aurait trouvé cet épithélium disposé en culs-de-sac, si le ramollissement n'avait pas été aussi avancé.

Dans l'obs. 6, il s'agit d'une forme rare encore mal déterminée quant à la nature réelle des noyaux.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru que cette variété méritait le nom de cancer nucléaire.

### c. — Cancer rénal.

#### OBSERVATION VII.

Cancer des deux reins et de la veine cave inférieure : *épithélium rénal* en partie disposé sous forme de tubes ; *cellules excavées*. (Communiquée par M. Potain.)

X....., 64 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, le 4 mars 1863, salle Sainte-Jeanne.

Ce malade, lors de son entrée, présentait des accidents cérébraux mal déterminés ; il ne répondait que par monosyllabes inintelligibles, de sorte qu'il fut impossible d'obtenir de lui aucun renseignement.

Il présentait dans le flanc gauche une tumeur volumineuse qui, vu l'état avancé de cachexie dans lequel il se trouvait, fut regardée comme cancéreuse.

L'urine, qui fut examinée, ne contenait pas d'albumine.

Il mourut au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouva les deux reins remplis de tissu cancéreux ramolli ; le rein gauche était cinq à six fois plus volumineux qu'à l'état normal et formait la tumeur qu'on avait constatée pendant la vie.

Le foie et la veine cave renfermaient aussi du tissu cancéreux.

Voici les détails transmis par M. Robin :

« Le tissu morbide venant du rein est formé de *cellules polyédriques à noyaux sphériques*. Ces *cellules* en assez grand nombre présentent un volume normal ; cependant la plupart sont du double au triple plus grandes que celles qui tapissent les tubes urinaires de la substance tubuleuse. Beaucoup renferment deux et même trois noyaux sphériques avec un nucléole brillant ; quelques-unes possèdent des granulations graisseuses éparses. On obtient des lambeaux assez considérables d'épithélium ayant encore une forme tubuleuse.

« La substance prise dans un fragment venant de la veine cave et dans un autre venant du foie est formée de *cellules entièrement semblables aux précédentes*. Ce fait est très-frappant dans le foie, lorsqu'on vient à comparer les cellules propres de cet organe avec celles du tissu morbide.

« Toutes ces cellules des portions de la veine cave et du foie renferment, un deux et même trois noyaux sphériques pourvus d'un ou deux petits nucléoles brillants. On les trouve aussi dans les lambeaux formés de cellules épithéliales juxtaposées. C'est surtout dans les lambeaux que les cellules présentent entre elles le plus d'analogie d'une portion morbide à l'autre.

« Quelques cellules dans le rein, mais en petit nombre, présentent une ou deux vacuoles ou excavations sphériques pleines d'un liquide hyalin. »

Nous insisterons sur la forme tubuleuse que présentaient par places les épithéliums comme dans les tubuli du rein à l'état normal. C'est quelque chose d'analogue à ce qui arrive dans le cancer primitif d'une glande, lorsqu'il s'y produit des culs-de-sac. Mais cette disposition des épithéliums en gaines cylindriques n'était pas

générale dans toutes les tumeurs, comme nous verrons que cela existe dans le cancer glandulaire proprement dit.

Ici donc déjà, outre une hypergénèse épithéliale, nous voyons une tendance des cellules à prendre une texture analogue à celle qu'elles présentent à l'état sain dans l'organe par où l'altération a débuté.

### OBSERVATION VIII.

Cancer primitif des reins généralisé dans les capsules surrénales, le foie, l'intestin grêle, les poumons, le cœur, le cerveau, le péricrâne, la dure-mère, la langue et le tissu cellulaire sous-cutané; *épithélium* en gaines cylindriques, analogue à l'*épithélium rénal*; cellules excavées.

R.... (Eugène-Édouard), 54 ans, sculpteur, demeurant rue d'Allemagne (19<sup>e</sup> arrondissement), garçon, entré, le 9 août 1863, à l'Hôtel-Dieu (n° 18, salle Sainte-Madeleine, service de M. Barth); ce malade a quelque chose d'inquiet, de chagrin dans la physionomie; il est irascible et a beaucoup de peine à se rappeler ce qu'il a éprouvé. Ses idées semblent un peu dérangées.

Il dit éprouver un affaiblissement général depuis sept à huit ans; depuis trois mois et demi seulement il s'est aperçu qu'il avait une tumeur dans l'hypochondre gauche.

En l'examinant avec plus de soin, on découvre dans différentes régions de petites tumeurs, les unes sous-cutanées, les autres plus profondes.

On en trouve une notamment au niveau de l'articulation fronto-pariétale du côté droit; elle est conique, à base adhérente aux parois du crâne qui paraissent comme soulevées à son pourtour; elle présente des *battements*, peu marqués, il est vrai; elle a 3 centimètres environ de diamètre; la peau est mobile à son niveau.

Depuis trois semaines sa vue s'est troublée et il ne peut plus lire. Depuis le même temps, *vomissements* une heure après avoir mangé; depuis six mois déjà il était sujet à avoir des *flatuosités*.

Il y a quatre ans, dit-il, il aurait commencé à *pisser du sang*. Cette hématurie aurait duré deux ans et il aurait quelquefois rendu jusqu'à 2 litres de sang dans une journée.

Il a eu des *hémorroïdes* qui ont flué à plusieurs reprises.

Il y a quinze ans, *chaudepisse* pendant treize mois; il a eu pendant longtemps des *boutons sur tout le corps*.

Depuis un certain temps déjà il ressent des picotements dans le bras droit avec des douleurs vives; *le deltoïde est atrophié*.

Il dit avoir *maigri* de plus de moitié; on trouve à la pointe de la langue une tumeur grosse comme un pois.

On en trouve une autre sur l'abdomen, une autre dans les lombes et une sur le deltoïde gauche paraissant adhérer aux muscles.

Le malade est très-affaibli et vacille sur ses jambes.

Il ne paraît pas douteux qu'il s'agisse là d'une affection cancéreuse. Néanmoins, comme le malade peut avoir eu la syphilis, on prescrit le traitement spécifique, de la tisane sudorifique et une cuillerée de liqueur de Van Swieten.

Au bout de quelques jours les tumeurs semblent diminuer; mais le malade est pris de *dyspnée*, et, en l'auscultant, on constate du côté droit un épanchement pleurétique occupant les deux tiers inférieurs de la poitrine. On suspend le traitement antiphlogistique et on applique un vésicatoire.

Le 25. Le malade va plus mal; l'épanchement paraît augmenter; insomnie, plaintes continuelles, malaise général; l'intelligence s'affaiblit de plus en plus.

Le 31. Mort à six heures du soir, dans le coma et la prostration.

2 août. *Autopsie*.

*Tête*. La tumeur de la tête est développée dans l'épaisseur du muscle temporal et du péricrâne; elle est en contact immédiat avec l'os qui a été aminci de sa table externe vers sa table interne et qui est perforé d'un trou de 1 centimètre environ, à bords tranchants.

Cette tumeur se trouve en communication, par un pédicule, avec une tumeur de la dure-mère de la grosseur d'une cerise et adhérente à la substance cérébrale qui était intacte à ce niveau, comme on pouvait s'en assurer en l'incisant. Toutefois, à 2 centimètres environ de profondeur, tranchant par sa coloration sur la substance blanche, on trouvait un noyau gros comme une noisette, d'une matière rosée et grisâtre; on aurait dit un petit noyau de substance grise.

De plus, à 3 centimètres en arrière de la perforation, sur la face interne de la dure-mère, se trouve une petite tumeur globuleuse de 7 à 8 millimètres de diamètre, ayant déprimé la substance cérébrale qui était ramollie à ce niveau.

Cette tumeur de la dure-mère était résistante à la coupe, comme fibreuse; celle de la substance cérébrale était molle et pouvait être considérée comme le type du tissu *encéphaloïde*, puisqu'on aurait dit un noyau de substance grise. La tumeur péricrânienne était de consistance intermédiaire; il n'y avait de suc cancéreux dans aucune de ces tumeurs.

*Thorax*. A droite, vaste épanchement, occupant les 2 tiers inférieurs de la plèvre et formé par une sérosité citrine non sanguinolente; les deux poumons sont farcis de tumeurs d'aspect cancéreux, jaunâtres, non ramollies, sans suc; les plus volumineuses de ces tumeurs, qui sont très-nombreuses, sont grosses comme des noix.

Sur la paroi antérieure du cœur, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, se voit un noyau gros comme une noisette, de substance cancéreuse. On en trouve un autre à la face interne du ventricule droit, gros comme un grain de millet, dans l'épaisseur d'une colonne charnue.

*Abdomen.* On trouve dans le foie quatre tumeurs grosses comme de petites pommes, de couleur jaunâtre, donnant peu de suc, offrant une dépression centrale; il existe encore un certain nombre de noyaux plus petits.

La capsule surrénale droite est complètement envahie par le tissu morbide. Le rein du même côté présente dans son tiers supérieur une tumeur cancéreuse de la grosseur d'une noix.

Le rein gauche est quadruplé de volume et converti presque en totalité en tissu morbide, de couleur jaune-verdâtre, ramolli, et offrant un suc manifeste. C'est dans ce point que l'altération paraît la plus ancienne.

Dans l'intestin grêle, il existe une seule tumeur de 1 centimètre et demi d'épaisseur.

*Examen microscopique.* Ayant recueilli avec soin ces différentes tumeurs, je les ai portées à M. Robin qui a bien voulu les examiner avec moi et me remettre la note suivante:

« Le tissu du rein offre une altération analogue à celle du mois de mars. Il est formé par des cellules épithéliales semblables. Seulement un plus grand nombre présentent des granulations graisseuses. On en trouve davantage aussi qui ont dépassé les limites normales et qui présentent quelques *vacuoles* ou *excavations* pleines d'un liquide hyalin finement grenu.

« Dans la dure-mère, le cerveau, le cœur, l'intestin, le foie, le poumon, se trouvent des masses morbides qui présentent un épithélium semblable, si ce n'est qu'on ne trouve point, excepté dans le foie, de cellules qui soient creusées des vacuoles précédemment indiquées.

« Beaucoup sont encore juxtaposées en gaines épithéliales cylindriques sur une assez grande étendue. Là surtout se retrouvent les analogies des cellules avec celles des masses morbides du rein, analogies aussi frappantes dans la masse morbide du cerveau que dans

celle de la dure-mère ou du cœur. Toutefois dans la tumeur de la dure-mère on trouvait une quantité notable de tissu lamineux.

« Les autres détails descriptifs, comme à la pièce du mois de mars. »

Nous dirons encore ici : cancer épithélial de différents organes, ayant débuté par le rein et caractérisé par l'hypergénèse avec hétérotopie de l'épithélium de cet organe. Dans ce cas, la disposition de l'épithélium en gaines cylindriques était plus manifeste que dans le cas précédent.

---

Dans ces deux observations, comme dans les précédentes, il y a uniformité de structure dans toutes les tumeurs dont l'élément fondamental est de l'épithélium semblable à celui du rein. Seulement ici on remarque un commencement de texture ; une partie de ces cellules est disposée en gaines cylindriques comme dans les tubuli des reins.

Il est évident que cette forme se rapproche du cancer glandulaire ; mais, comme le rein n'est pas une glande à proprement parler, nous avons décrit cette forme à part sous le nom de *cancer rénal*.

#### d. — *Cancer glandulaire.*

##### OBSERVATION IX.

*Cancer hétéradénique des veines du cou, du fémur, des côtes et du poulmon.*

Cette observation, recueillie par M. Chailloux, dans le service de M. Potain (hospice des Ménages), est publiée *in extenso* dans les *Bulletins de la Société anatomique* (avril 1863, p. 189), sous le titre de *Cancer nucléaire développé dans les plexus veineux thyroïdiens et dans le système des veines cervicales gauches*, etc.

Nous n'en rapporterons que l'autopsie, qui nous intéresse plus particulièrement, et nous y ajouterons la note de M. Ch. Robin.

Il s'agit d'un homme de 73 ans, ancien tourneur en cuivre. Le début du mal

remontait à cinq ans; il était survenu à la suite d'une chute ayant déterminé des contusions à l'aîne droite et au côté gauche du cou. Les tumeurs allèrent en augmentant dans ces différentes régions; celle du cou atteignit le volume d'une tête de fœtus à terme, comprima la trachée, et détermina la mort du malade par asphyxie.

A l'autopsie, l'on découvrit un épanchement séreux, peu abondant et sans fausses membranes, occupant la plèvre droite. Les vaisseaux sous-séreux étaient injectés; cette pleurésie s'était montrée trois jours avant la mort. On trouva aussi un œdème très-étendu des deux poumons; à la partie inférieure du lobe moyen du poumon droit existait un petit infractus cancéreux. A la face interne des troisième, quatrième et cinquième côtes droites, on voyait une tumeur volumineuse, ovoïde, allongée transversalement, d'un blanc jaunâtre à la coupe, et présentant des cavités irrégulières, anfractueuses et à surface lisse, dans lesquelles on trouvait un liquide brun et fluide. Le cœur était gorgé de sang noir; les deux oreillettes renfermaient deux volumineux caillots cruoriques qui n'offraient rien de remarquable intérieurement.

Le tissu du cœur paraissait gras et se laissait facilement déchirer.

Les autres organes contenus dans la cavité abdominale étaient exempts d'altérations.

A l'aîne, on trouvait tous les ganglions lymphatiques sains; l'artère fémorale était très-superficielle, soulevée par une tumeur placée plus profondément. La fémorale profonde et ses branches étaient aussi très-superficielles. Le *fascia iliaca* et les fibres internes du psoas recouvraient une tumeur allongée verticalement, bridée par les muscles adducteurs et adhérente au fémur, comme on put s'en assurer par la dissection; elle pénétrait dans le canal médullaire de l'os et était enveloppée dans sa partie inférieure par une espèce de loge osseuse incomplète, tandis que partout ailleurs elle était environnée par du tissu fibreux.

Irrégulièrement ovoïde, aplatie d'avant en arrière, d'un volume supérieur à celui du poing, d'une teinte jaunâtre, elle était creusée, dans un grand nombre de points, de cavités anfractueuses, rougeâtres, ainsi que le liquide qui les remplissait.

La tumeur du cou fut disséquée avec soin. Les veines sous-cutanées de la paroi antérieure de la poitrine, si développées pendant la vie, s'étaient, au moment de la nécropsie, complètement affaissées. Les parties recouvrant cette tumeur furent enlevées couche par couche.

On trouva d'abord les ganglions lymphatiques de la région aplatis et peu volumineux; on enleva en même temps des plexus veineux qui, notablement dilatés, reliaient les uns aux autres les bosselures de la tumeur. Ainsi isolée, elle

avait l'apparence d'une chaîne ganglionnaire considérablement développée, partant de la région inférieure gauche du crâne, occupant tout le côté gauche du cou, ainsi que sa partie moyenne en avant, et se terminant en bas à 4 centimètres au-dessous du bord supérieur du sternum.

Elle rejetait le larynx sous la bronche droite de la mâchoire, et la trachée était aplatie sur le côté droit du cou. On distinguait dans cette tumeur plusieurs renflements, du volume d'un petit œuf de poule, et des tumeurs cylindriques solides, s'anastomosant et formant un réseau inextricable.

Toutes les dépendances de la tumeur étaient reliées entre elles et recouvertes d'une membrane fibreuse dont l'épaisseur était variable. En fendant une des bossures, on tombait dans une cavité anfractueuse et à parois lisses; on s'assurait par un examen attentif que l'on avait ouvert la veine jugulaire interne, considérablement dilatée, et à son intérieur on trouvait des masses très-volumineuses présentant l'aspect du cancer encéphaloïde.

Dans les intervalles séparant ces masses, on trouvait les caillots fibrineux et lisses, dont l'origine devait être assez éloignée et dont l'étude microscopique a offert de curieuses particularités.

La lésion la plus intéressante occupait donc l'intérieur de la veine jugulaire et ses divisions; il restait à déterminer si la production morbide avait pénétré dans le vaisseau, en ulcérant ses parois, ou si elle s'était primitivement développée dans leur épaisseur. On ne trouva *aucune solution de continuité à la paroi veineuse*, bien qu'on l'eût soigneusement recherchée; partout la membrane fibreuse, que nous avons signalée à la périphérie de la tumeur, était continue à elle-même et formée par les parois veineuses. On put s'assurer que les tumeurs cylindroïques anastomosées étaient des veines dans les parois desquelles s'était développé du cancer. Le calibre de ces vaisseaux était effacé par la distension, mais on pouvait toujours, sur un point quelconque, introduire un stylet sans produire de déchirure, et s'assurer que les parois veineuses étaient partout continues à elles-mêmes. La veine jugulaire interne gauche, la veine jugulaire externe, le sinus veineux brachio-céphalique, toutes les veines thyroïdes du même côté, présentaient une altération semblable. Enfin, après avoir examiné la pièce par la face postérieure et avoir fendu l'œsophage, on trouvait plusieurs veinules sous-muqueuses altérées de la même manière; trois d'entre elles, de 1 millim. de diamètre et ayant l'aspect d'un petit cylindre solide, se réunissaient pour former un rameau veineux plus considérable et converti lui-même en un cylindre plus volumineux qui se rattachait en avant à la tumeur principale. Après avoir incisé la paroi de ces petits vaisseaux, on pouvait constater par l'insufflation que leur calibre était conservé, et on pouvait assez aisément déterminer leur direction et les suivre

dans leur trajet à travers le larynx et les replis arythéno-épiglottiques jusque dans la racine de la langue. Le nerf diaphragmatique, le nerf pneumogastrique et ses deux branches laryngées supérieure et inférieure, furent fort difficiles à retrouver, et on ne les découvrit qu'à l'aide d'une laborieuse dissection. Le corps thyroïde, entièrement disparu à gauche, était facile à reconnaître à droite; il avait notablement diminué de volume.

« Dans ces différentes tumeurs, celles du cou, de la face interne des côtes, du poumon, du fémur, M. le D<sup>r</sup> Potain constata, à l'aide du microscope, la présence de noyaux ovalaires, tantôt disséminés, tantôt groupés çà et là en forme d'acini. Dans les caillots fibrineux de la jugulaire interne, on trouva de la fibrine granuleuse, des noyaux ovoïdes exactement semblables à ceux qu'on avait rencontrés dans la tumeur, rares dans quelques points, réunis en masse, irréguliers dans d'autres; dans d'autres encore groupés régulièrement, de façon à figurer l'acinus d'une glande.

Ces éléments étaient-ils des noyaux de l'épithélium pavimenteux de la face interne des veines? c'est ce dont on ne peut être certain. En second lieu, il faut remarquer que la tumeur du cou semble s'être formée en même temps que celle du fémur, et qu'elle n'était autre chose qu'un cancer développé dans les parois veineuses. Ce fait établit l'existence d'une variété de tumeur du cou, non signalée jusqu'à présent, et d'une grande importance au point de vue de l'intervention chirurgicale. Si, au moment où la dyspnée est devenue inquiétante par suite de la déviation de la trachée, on avait cherché à enlever les tumeurs arrondies qu'on croyait ganglionnaires, l'instrument eût ouvert la jugulaire interne et le plexus veineux du cou considérablement dilatés. La conséquence d'un pareil accident est facile à saisir et n'a pas besoin de commentaires. »

*Note de M. Robin.*

« Le tissu de cette tumeur est des plus remarquables par la constitution des lambeaux d'épithélium qui sont formés de cellules immé-

diatement juxtaposées les unes aux autres, de forme prismatique dans les parties les plus molles, polyédriques dans les parties les plus fermes. Ces dernières ne dépassent pas  $0^{\text{mm}},015$  à  $0^{\text{mm}},02$  au plus : toutes sont pourvues de noyaux de même dimension, ovoïdes, réguliers, sans nucléoles, finement grenus.

« Les lambeaux d'épithélium qu'elles forment sont de la plus grande élégance, en raison de la grande régularité de ces cellules. »

« Ça et là on voit se détacher de la surface de ces lambeaux des *culs-de-sac* ou *doigts de gants* simples ou ramifiés, longs de  $0^{\text{mm}},1$  à  $0^{\text{mm}},3$ , d'une largeur égale au quart ou à la moitié de la longueur environ. Ces culs-de-sac sont terminés par une extrémité arrondie, quelquefois renflée ; tous sont composés de cellules semblables à celles qui forment les lambeaux ou la base sur laquelle ils reposent.

« Au centre des veines du cou, dans les parties même les plus ramollies, les plus blanchâtres, on trouve la même disposition ; mais les cellules se dissocient bien plus facilement que dans les masses costales et que dans celles du fémur.

« Là, quelques-unes des cellules ont une forme franchement prismatique et sont parsemées de fines granulations graisseuses.

« En se rapprochant des parois veineuses auxquelles adhère le tissu en quelques points avec une réelle continuité de substance, sans perforation toutefois, la texture est tout à fait semblable à celle qui vient d'être indiquée et qui est faite d'après l'examen d'une masse costale prise comme type.

« Rien de plus frappant que cette uniformité de structure dans toute l'étendue de ces masses *hétéradéniques*, d'une région du corps à l'autre. »

Il nous est impossible de voir là un simple cancer épithélial, puisque l'épithélium était disposé sous la forme de culs-de-sac. Telle est la raison pour laquelle nous l'avons appelé *cancer hétéradénique*.

### OBSERVATION X.

Cancer glandulaire de la mamelle généralisé dans le poumon. (Cette observation m'a été communiquée par mon collègue M. Lamarque.)

X....., 70 ans, sans profession, mariée, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 1, service de M. Maisonneuve.

Cette malade est d'un tempérament sanguin, vigoureux. La profession de son mari, qui était officier, l'avait fait beaucoup voyager.

Elle est atteinte d'une tumeur du sein droit dont elle fait remonter le début à deux ans. La tumeur a commencé par l'auréole du mamelon dont elle a déterminé la rétraction; puis elle a envahi tout le sein. Elle présente au moment de l'entrée de la malade à peu près le volume des deux poings; elle paraît avoir envahi le tissu cellulaire. Les ganglions de l'aisselle sont pris.

Cette tumeur, très-molle par place, très-vasculaire, présentait à sa surface des dilatations veineuses. Elle est bosselée surtout à sa circonférence; à son centre se trouve une vaste excavation du volume du poing environ; cette excavation est à fond grisâtre et fournit une certaine quantité d'un liquide ichoreux.

La malade y éprouve des douleurs lancinantes. Elle est fort maigrie et présente un teint terreux; cependant les fonctions digestives s'exécutent bien.

D'après ces caractères on diagnostique une tumeur encéphaloïde.

M. Maisonneuve implante dans la tumeur 20 à 25 flèches de pâte de Canquoin. Malgré la vascularité considérable de la tumeur, l'opération a lieu sans hémorrhagie, bien qu'à chaque coup de bistouri il jaillisse une certaine quantité de sang. Trois ou quatre jours après, on implante de nouveau 6 flèches dans le centre de la tumeur, qui n'avait pas été atteint par la première application de caustique.

Au dixième jour après la première application de flèches, toute la circonférence de la tumeur se détache. Il ne reste plus dans le centre qu'une certaine portion de tissu morbide très-adhérente à la paroi thoracique. M. Maisonneuve la recouvre d'une lamelle de pâte de Canquoin; huit jours après, ce débris de la tumeur tombe et met à nu les fibres musculaires du grand pectoral et des muscles intercostaux. La plaie qui en résulte fournit une suppuration excessivement abondante et très-fétide. Quelques jours plus tard, la malade, qui avait conservé l'intégrité de ses fonctions digestives et qui n'avait pas de fièvre, est prise de délire tranquille; elle perd graduellement ses forces et finit par succomber dans un état de faiblesse extrême, sans avoir présenté de phénomènes d'infection purulente, d'érysipèle ni d'aucune complication de ce genre.

A l'autopsie, on ne trouve d'altération que dans le poumon ; toutefois nous devons dire que le cerveau, l'utérus et les ganglions de l'aisselle n'ont pas été examinés. Les lésions pulmonaires sont elles-mêmes peu tranchées. Le tissu pulmonaire offre sa coloration habituelle ; il est seulement un peu bleuâtre ; au toucher il est crépitant ; mais l'attention est attirée, parce qu'on sent entre les doigts, d'espace en espace, de petits noyaux d'un centimètre environ d'épaisseur, qui paraissent formés par une induration fibreuse sénile du parenchyme pulmonaire.

En examinant le poumon avec plus de soin, on découvre au-dessous de la plèvre de petits grains semblables à des gouttes de cire, ayant depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à 5 à 6 millimètres de diamètre. Il existe environ, sur chaque poumon, 6 ou 7 de ces petits grains dont les plus gros présentent nettement à la coupe un aspect *colloïde* ; ils sont aréolaires, mous et demi-transparents.

Ayant porté ce poumon dans le laboratoire de M. Robin, j'ai pu constater avec lui la structure de ces petits grains, dont je donne ici la description d'après la note qu'il a bien voulu me remettre.

« Les masses morbides du poumon sont remarquables par l'existence de *culs-de-sacs glandulaires*, formés d'un *épithélium polyédrique finement grenu à noyaux assez volumineux semblables à ceux qu'on trouve dans la mamelle*. L'analogie de constitution de ces épithéliums avec les petits épithéliums pavimenteux que l'on trouve souvent dans les mamelles *au début de l'hypertrophie*, est des plus frappantes. La disposition en *culs-de-sac ou en doigts de gants ramifiés est des plus nette*.

Toutefois les cellules épithéliales sont un peu plus granuleuses que dans les hypertrophies mammaires proprement dites. Beaucoup de noyaux offrent un petit nucléole vers leur centre. »

---

Le tissu morbide dans ces deux cas est caractérisé par l'hypergénèse avec hétérotopie de véritables culs-de-sac glandulaires.

Dans l'obs. 9 il n'existe aucun organe glandulaire qui soit altéré et auquel le tissu morbide puisse être rapporté. C'est une des variétés du tissu hétéradénique que M. Robin a décrit dans un mémoire

lu à l'Académie des sciences, le 25 juin 1855. La dénomination de **cancer hétéradénique** nous paraît donc convenir dans ce cas.

Dans l'obs. 10, au contraire, le mal a débuté par la mamelle et on a trouvé dans le poumon des culs-de-sac semblables à ceux de la glande mammaire. Pour nous c'est donc un cancer glandulaire de la mamelle.

Malheureusement, la tumeur de la mamelle ayant été enlevée avec les flèches de pâte de Canquoin, l'examen histologique n'a pu en être fait. Mais tout porte à croire qu'elle était formée également par une hypergénèse des culs-de-sac glandulaires de la mamelle; il eût été intéressant de savoir si elle avait la même structure que les tumeurs adénoïdes ou une structure différente.

Peut-être, en effet, les tumeurs adénoïdes ne diffèrent-elles pas par leur nature du cancer et n'en sont-elles qu'une forme à évolution lente, avec une faible tendance à la généralisation.

On sait que les tumeurs adénoïdes du sein offrent souvent par places un aspect gélatineux ou colloïde analogue à celui que présentaient les petites masses cancéreuses du poumon dans nos observations.

On sait aussi que Bennett a cherché à démontrer que les tumeurs les plus bénignes en apparence pouvaient à un moment donné offrir les caractères du cancer.

M. Velpeau lui-même rapporte, dans son traité, des faits qui viennent à l'appui de cette opinion.

Ainsi, sur deux tumeurs énormes qu'il enleva sur la même malade, « il fut bien constaté, dit-il, que la plus volumineuse et la plus ancienne, franchement adénoïde dans les deux tiers de sa masse, était transformée dans son autre tiers en lobules ramollis qu'il eût été difficile de ne pas confondre avec une production de matière encéphaloïde; ailleurs, la tumeur présentait une consistance gélatineuse. »

Chez une autre malade, la tumeur, soumise au microscope, a été

trouvée cancéreuse dans une de ses moitiés et simplement adénoïde dans l'autre.

D'ailleurs, la tumeur adénoïde récidive souvent, et M. Velpeau rapporte l'histoire d'une malade qu'il avait opérée quatre fois, et chez laquelle à chaque fois la tumeur avait toujours paru franchement adénoïde ; mais à la cinquième fois, la tumeur ressemblait à un encéphaloïde un peu dur ou à un squirrhe en masse.

Dans un autre cas observé à la Charité en 1857, à la troisième récidive, la tumeur a pris des caractères cancéreux à l'œil nu et au microscope.

De plus, M. Velpeau reconnaît que des tumeurs « presque en tout semblables à l'adénoïde du sein » ont été rencontrées, soit par lui, soit par d'autres, à la région parotidienne, dans la bouche, au voile du palais, à la voûte palatine, dans l'épaisseur des joues. M. Velpeau en a eu notamment un bel exemple dans le creux de l'aisselle chez une femme qui en avait eu un énorme préalablement dans la mamelle. Ainsi, les tumeurs adénoïdes peuvent récidiver sur place et à distance.

Néanmoins les signes qui servent à les distinguer des autres variétés de tumeur n'en conservent pas moins toute leur importance pour établir le pronostic, qui est favorable dans l'immense majorité des cas.

#### e. *Cancer papillaire.*

##### OBSERVATION XI.

Cancer épithélial du col de l'utérus et du foie (forme papillaire). (Communiquée par M. Potain.)

Hospice des Ménages, service de M. Potain.

V..., 67 ans, née à Paris, morte le 14 mars 1863.

A eu cinq enfants, le dernier à 33 ans. Ménopause à 48 ans ; le tout sans accidents. *Aucun accident depuis.* Souvent un peu de leucorrhée de tout temps. *Jamais de douleurs ni de pesanteur dans le ventre.*

Tousse assz habituellement depuis quelque temps.

7 décembre 1861. Elle a été prise sans cause appréciable d'un *écoulement sanguin* vaginal, exactement comme lorsqu'elle avait ses règles. Pas de coliques, pas de douleurs de reins.

Vient à l'infirmerie, le 3 février 1862, se plaignant d'un *retour inattendu de ses règles*, qui ne s'est accompagné d'aucune douleur, mais qui a été suivi d'un écoulement blanc. Un doigt introduit dans le vagin trouve, à 5 ou 6 centimètres de profondeur, une partie *dure*, rétrécie, dans laquelle il s'engage à une profondeur de 3 à 4 centimètres. Les choses sont tellement disposées qu'il semble que l'on pénètre dans le col utérin dilaté; tout le pourtour de cet orifice est dur, rigide, *inégal*, *rugueux*. Le spéculum, introduit avec peine, montre une surface *très-inégale*, *mamelonnée* et saillante, et une cavité profonde où le spéculum ne peut pas s'engager, mais qui donne du sang en grande abondance sous l'influence de l'examen.

Août 1862. Nouvelle hémorrhagie. Les injections avec 2 grammes de perchlorure de fer par litre d'eau que la malade fait depuis deux jours, semblent diminuer un peu l'abondance de l'écoulement.

24 novembre 1862. Depuis quinze jours environ, la malade éprouve de temps en temps des douleurs vives dans le ventre, avec de la fièvre, sans nausées ni vomissements. Deux fois elle a été prise subitement, dans la journée, de malaise, d'anxiété et d'un frisson assez intense, avec beaucoup d'oppression, sans que l'on trouvât rien dans la poitrine ni au cœur qui fût capable d'expliquer ces symptômes. Il y a un peu de tuméfaction œdémateuse autour des chevilles. Avant hier la malade avait eu un de ces accès; aujourd'hui elle se sent beaucoup mieux et demande à se lever.

Continuation d'un écoulement médiocrement abondant avec peu de sang en ce moment.

1<sup>er</sup> décembre 1862. Il survient de la dysurie. On constate que la tumeur très-volumineuse qui a envahi le vagin proémine au périnée, au voisinage de l'urèthre qui se trouve rejeté à gauche. La malade se plaint de souffrir dans les reins et dans le ventre; elle mange peu, bien qu'elle n'ait plus les vomissements qu'elle avait eu ces jours derniers. Elle maigrit peu sensiblement; mais elle pâlit beaucoup. Cependant elle ne perd plus de sang; depuis quelque temps il existe seulement un écoulement abondant et fétide.

6 décembre. A eu cette nuit des frissons suivis de transpiration, mais sans oppression, sans douleur notable dans le ventre qui n'est pas douloureux à la pression ni même notablement sensible. On sent au-dessus du pubis une tumeur assez volumineuse et qui ferait croire à la vessie remplie d'urine si elle n'était plus dure et si le cathétérisme donnait un résultat négatif.

La malade urine seule, sans beaucoup de douleur; elle perd du liquide sanieux et fétide, mais peu de sang actuellement.

Au mois de janvier 1823, la malade est très-anémique et très-faible; l'embonpoint est assez bien conservé. Elle perd fréquemment des eaux rousses, quelquefois du sang pur; elle s'affaiblit de jour en jour.

Vers la fin de janvier, elle présente une coloration jaunâtre bilieuse des sclérotiques. Cette coloration ictérique se dissipe naturellement au bout de quelques jours. Elle avait assez fréquemment de la *diarrhée*. Lorsqu'elle reste assise sur un fauteuil pendant quelques heures, les membres inférieurs s'œdémaient. On ne trouve point de cordon noueux au niveau des veines fémorales.

Au commencement de mars 1863, elle se plaint d'une douleur assez vive que la pression dans l'hypochondre droit exaspère. Le foie *est augmenté de volume*; il *déborde les fausses côtes*.

12 mars. La malade est très-affaissée; on croit sentir à la *surface du foie quelques saillies avec dépression au centre*. Quelques vomissements à cette époque; peut-être un peu d'*ascite*.

Elle était depuis quelques jours plongée dans la somnolence; mais il était facile de l'en tirer en lui adressant la parole.

Dans les deux jours qui précédèrent la mort, la somnolence fit place à des symptômes d'excitation, à un peu de subdélirium. La malade meurt le 14 mars 1863.

*Autopsie le 15 mars.*

*L'utérus et le foie sont les seuls organes qui aient pu être examinés.*

*Le cadavre avait encore un certain embonpoint.*

*Les veines des muscles inférieurs étaient pleines de sang fluide.*

*Le col de l'utérus n'a plus aucune forme*; c'est un gros *champignon ramolli*; de petites masses blanchâtres ayant le même aspect que le tissu du col sont disséminées sous le péritoine qui recouvre la face antérieure de l'organe.

En avant et en arrière, au dessus du niveau du col, traces de *méto-péritonite* peu étendue. Fausses membranes plus ou moins résistantes dans les culs-de-sac vésico-utérin et recto-utérins. La production morbide du col s'est étendue dans les cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale à leur partie supérieure, sans avoir déterminé d'ulcération du côté du rectum ou du côté de la vessie.

Foie très-volumineux, débordant les fausses côtes de 5 centimètres. Il est d'aspect grasseux; sa coloration jaune, uniforme, est interrompue par un grand nombre de *petits marrons blancs du volume d'une noisette*, qui font une légère saillie à sa surface; mais c'est probablement le bord *tranchant sinueux et inégal* du foie qui a fait croire à l'existence de *capsules cancéreuses* plus étendues que celles que l'on observe.

Un assez grand nombre d'autres productions cancéreuses, toutes du volume d'une noisette, sont répandues çà et là dans la profondeur du foie. Ces tumeurs sont *blanches* à la coupe et présentent une *consistance assez ferme qui fait contraste avec le ramollissement du col*.

Les ganglions mésentériques ne renfermaient point de matière cancéreuse pas plus que les ganglions pelviens.

*Un calcul assez volumineux dans la vésicule du fiel.*

#### *Note de M. Robin.*

« Le col de l'utérus présente une ulcération qui l'a détruit en grande partie, et qui gagne la cavité du corps. Une *substance grise, pulpeuse*, empiète dans une épaisseur de 3 à 4 millimètres sur ses parois.

« Cette matière est composée de *cellules épithéliales*, les unes sphéroïdales, les autres prismatiques, *toutes granuleuses* vers la surface.

« Plus on s'avance vers la profondeur, plus les *cellules* sont *régulièrement prismatiques*, avec un noyau ovoïde plus distinct, à cause du moindre nombre de granulations.

« Sur quelques points des *anses vasculaires*, formant des *saillies papilliformes*, sont recouvertes par une ou plusieurs couches de cellules épithéliales, les unes prismatiques, assez régulières, les autres de même type, mais un peu effilées aux deux bouts; ce qui leur donne un aspect fusiforme. Les cellules sont plus petites et souvent ovoïdes dans le voisinage de la cavité du corps.

« Dans le foie, les masses morbides présentent une friabilité assez grande, surtout vers leur centre. Elles sont constituées par des *cellules épithéliales sans analogie avec celles du foie*. Celles-ci sont intactes, même vers le point de jonction de la substance blanchâtre des masses morbides marronnées et de la substance hépatique.

« Qu'il s'agisse des masses morbides marronnées, ramollies vers le centre ou assez fermes dans toute leur étendue, partout on trouve le tissu morbide formé par des *cellules prismatiques semi-*

« blables à celles qui entourent les anses vasculaires dont il a été  
« question plus haut, c'est-à-dire les unes nettement prismatiques, les  
« autres un peu effilées aux deux bouts.

« Dans la portion ramollie du centre de quelques-unes des masses  
« marronnées, il existe des cellules chargées de granulations grai-  
« seuses, assez abondantes sur certaines d'entre elles pour mas-  
« quer le noyau. Quelques-unes de ces cellules ont pris une forme  
« sphéroïdale ou irrégulière, analogue à celle dont il a été question  
« à la surface de la substance pulpeuse de l'ulcère. Dans les unes et  
« les autres de ces cellules prises soit dans le col de l'utérus, soit  
« dans les masses morbides du foie, le noyau, qui est ovoïde, ne  
« possède qu'un petit nucléole manquant sur un certain nombre.

« L'analogie de configuration des cellules qui composent ces pro-  
« ductions morbides siégeant sur des régions aussi éloignées est des  
« plus frappante. »

#### OBSERVATION XII.

Cancer papillaire de la plèvre, de la vésicule, du fiel et de l'estomac. (Pièces présentées à la Société anatomique par M. Chaillou, le 18 décembre 1863.)

X....., 69 ans, hospice des Ménages (service de M. Potain).

Un de ses parents est atteint de cancer.

Peu de temps après son entrée aux Ménages, cette malade a présenté des symptômes de manie, avec hallucinations de l'ouïe et de la vue; son visage était fortement injecté. — Pilules d'aloès; pédiluves sinapisés, sangsues aux apophyses mastoïdes.

Elle se plaignait ensuite de douleurs vagues dans les lombes se prolongeant dans les membres inférieurs; elle avait en même temps de la dyspepsie, une constipation opiniâtre, et enfin il survint pendant quelques jours un peu d'ictère et des vomissements alimentaires.

C'est alors que, sentant ses forces s'affaiblir, elle entre à l'infirmerie.

Dans la deuxième semaine de décembre, elle se plaint de toux, de point de côté à droite. La percussion et l'auscultation révèlent la présence d'un épanchement pleurétique. La matité remonte jusqu'à la partie supérieure du poumon.

Au-dessus souffle caverneux qui aurait pu faire croire à l'existence de tubercules, si la malade n'avait pas été auscultée avant sa pleurésie.

Le ventre se déprime au moment de l'inspiration, surtout du côté droit, ce qui indique une paralysie du diaphragme. Il existe une douleur au creux épigastrique sur le prolongement de la neuvième côte et à l'épaule du même côté. Mais le nerf phrénique droit au-dessus de la clavicule n'est point douloureux. — 48 inspirations par minute.

14 décembre. Mort par syncope.

*Autopsie.* La cavité encéphalique n'a pas été ouverte.

*Thorax.* Adhérences résistantes des deux poumons avec la paroi costale. Le poumon droit est refoulé contre la colonne vertébrale et maintenu à la partie supérieure de la cavité pleurale par des adhérences très-épaisses.

La plèvre de la base du poumon droit est résistante, semi-cartilagineuse et épaisse de plusieurs millimètres.

La cavité pleurale est remplie par un liquide *jaune citrin* ne renfermant pas de sang.

Les poumons enlevés, on trouve à la partie externe de la base du poumon droit une tumeur allongée, verticale, molle, presque fluctuante, emprisonnée par une néo-membrane très-épaisse. Cette tumeur est constituée par du tissu pulmonaire d'aspect grisâtre et devenu imperméable à l'air.

Sur les côtés de cette tumeur on voit des points rouges entourés d'une matière puriforme, visqueuse. En soumettant ces points au lavage et en les examinant avec soin, on y trouve des houppes de vaisseaux sanguins extrêmement fins.

La plèvre présente plusieurs dépressions recouvertes de petites granulations à différents degrés de développement. Sur plusieurs points, on voit de petits *noyaux cancéreux* de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, laissant suinter du suc lorsqu'on passe le scalpel à leur surface.

Sur la plèvre costale, et au niveau des huitième, neuvième et dixième côtes, on trouve plusieurs tumeurs arrondies, rosées, molles, lobulées, rayonnant autour d'un point central blanchâtre et fibreux, et qui, lavées sous un filet d'eau, se résolvent en réseaux très-fins et très-longes.

Plusieurs noyaux irréguliers de tissu cancéreux sont disséminés dans le poumon, immédiatement au-dessous de la plèvre.

Le foie abaissé fait saillie sous les côtes de plusieurs centimètres. Il adhère au diaphragme et à la paroi abdominale par des fausses membranes assez denses.

La vésicule biliaire renferme deux ou trois calculs. De plus, on trouve dans

l'épaisseur de ses parois une tumeur cancéreuse du volume d'une grosse noisette, renfermant du *tissu encéphaloïde* ramolli, et çà et là quelques points grisâtres exhalant une odeur gangréneuse très-prononcée.

Tout le fond de la vésicule est couvert de *végétations vasculaires* semblables à celles que nous avons signalées dans la plèvre.

L'estomac est vide et présente à peine les dimensions du côlon transverse d'un adulte. On remarque des ecchymoses sur la muqueuse qui avoisine le cardia.

Vers l'extrémité pylorique et sur la petite courbure existent deux *tumeurs molles et vasculaires*, l'une du volume d'une noisette, l'autre de la grosseur d'un noyau de cerise. Toutes deux renferment des vaisseaux très-nombreux, quoique reliés cependant par du tissu fibreux plus abondant que dans les tumeurs de la plèvre et de la vésicule.

#### *Examen microscopique de ces tumeurs.*

A l'aide du microscope, M. Potain y a constaté l'existence de magnifiques anses vasculaires recouvertes par des *noyaux de cellules considérablement hypertrophiés et déformés*.

*Réflexions.* Ces tumeurs étaient manifestement constituées par du tissu cancéreux. Les plus anciennement développées paraissaient être celles de la vésicule biliaire.

Venaient ensuite celles de la plèvre et du poumon, et enfin celles de l'estomac qui semblaient s'être formées en dernier lieu.

Elles présentent ceci de remarquable que sur certains points les éléments anatomiques qui les composaient, en se liquéfiant, ont disséqué et mis à nu le réseau capillaire considérablement développé sous la forme de houppes vasculaires dont nous avons parlé.

L'observation 11 est un exemple manifeste de cancer épithélial de forme papillaire, c'est-à-dire constitué comme élément fondamental par de l'épithélium disposé sous forme de papilles, comme au col utérin.

Il en est de même de l'observation 12.

---

B. — CANCERS A FIBRES.

OBSERVATION XIII.

Cancer de la peau et du tissu cellulaire sous-péritonéal ; fibres lamineuses ; corps fibro-plastiques fusiformes et étoilés.

L..... (Léopold), 40 ans, garçon de salle, entré le 13 mars 1863 à la salle Sainte-Madeleine (n° 11), service de M. Barth.

*A toujours joui d'une bonne santé* jusqu'au mois de septembre 1862, époque à laquelle M. Trélat l'a opéré d'une tumeur fibreuse grosse comme le poing, qu'il portait dans la région lombaire, où l'on voit encore la cicatrice oblique résultant de l'opération. Il ne donne pas de renseignements précis sur cette tumeur ; il ne peut préciser au juste l'époque de son apparition ; son développement se serait fait graduellement et insensiblement.

La peau de ce malade est couverte de petites tumeurs arrondies, d'une consistance dure, du volume d'une petite noisette pour les plus grosses, ressemblant par leur aspect à l'acné molluscoïde, mais en différant par une consistance plus grande et par l'absence d'orifice à leur surface.

Parmi ces tumeurs cutanées, les unes font saillie au-dessus de la peau et sont plus ou moins pédiculées ; les autres sont sous-dermiques et se sentent au-dessous de la peau comme de petits grains roulant sous le doigt à la région épigastrique ; on en sent deux plus volumineuses, grosses comme de petites noix.

Ces tumeurs siègent surtout sur le thorax et l'abdomen, en avant et en arrière : on en trouve quelques-unes au cou, sur les épaules et à la partie supérieure des cuisses.

Au dire du malade, ces tumeurs seraient congénitales, et la tumeur dont M. Trélat l'a opéré au mois de septembre aurait été primitivement une tumeur analogue à celles que nous venons de décrire. Il assure avoir entendu dire à M. Trélat que c'était une tumeur fibreuse.

*Il n'a jamais eu d'autres maladies.* Ses parents sont morts depuis plusieurs années sans qu'il sache à quoi ils ont succombé.

Quoi qu'il en soit, depuis l'ablation de sa tumeur fibreuse du dos, sa santé s'est altérée. Il a éprouvé des douleurs dans le dos et au creux épigastrique. *de l'anorexie, du dégoût pour les aliments et une déperdition considérable des forces.*

Le 15 mars il entre à l'Hôtel-Dieu, et voici quel est son état à ce moment.

La peau présente une *coloration d'un blanc jaunâtre terreux* ; l'*amaigrissement est considérable* ; le malade, qui a un *dégoût profond pour les aliments solides*, est *très-affaibli* et ne peut rester levé que cinq à six heures dans la journée. Il se plaint de douleurs vives dans les reins et au creux de l'estomac. Cette dernière région est douloureuse à la pression.

La palpation ne révèle pas de tumeur ; elle est, du reste, rendue difficile par la douleur et par la tuméfaction de l'abdomen due à un *gonflement gazeux habituel* augmentant pendant la digestion et à un *certain degré d'ascite*.

Il existe un peu d'œdème des malléoles ; l'urine examinée ne contient pas d'albumine.

Le malade ne tousse pas ; l'examen de la poitrine ne permet de constater aucun signe de productions organiques. La langue est rosée, humide ; les garde-robes sont régulières et normales.

En présence de l'état de cachexie dans lequel se trouve ce malade, M. Barth n'hésite pas à diagnostiquer une diathèse cancéreuse et l'existence probable d'une tumeur intra-abdominale.

Il prescrit 1 gramme d'iodure de potassium.

Le 19 mars. Le malade ne prend chaque jour que des bouillons et des potages ; il est tellement affaibli qu'il ne peut plus se lever. Douleurs abdominales vives ; insomnie ; *blépharite* caractérisée par gonflement œdémateux avec rougeur du bord libre des paupières.

Le 21. Le malade *transpire beaucoup la nuit*, ce qui lui procure depuis quelques jours du soulagement. En effet, il souffre moins et reprend un peu de forces. — 2 gr. d'iod. de pot.

L'œdème des membres inférieurs a augmenté, il remonte jusqu'à la partie inférieure des cuisses ; absence d'albumine dans l'urine.

Les jours suivants, le malade commence à se lever pendant quelques heures sur une chaise ; la région épigastrique est moins tendue et moins douloureuse.

Le 15 avril. Diarrhée, suppression des sueurs.

Le 26. Retour des sueurs, suppression de la diarrhée.

Le 4 mai. Le malade n'a pas été à la selle depuis quatre jours : refroidissement et sueurs des extrémités, prostration.

Le 6. Mort à sept heures du matin.

Le 7, *autopsie*.

*Abdomen*. Il existe une quantité notable de sérosité dans le péritoine, sans trace de péritonite. Tous les organes abdominaux sont sains ; mais il existe dans l'hypochondre gauche au devant de la colonne vertébrale, en arrière du pancréas, une tumeur sphéroïdale, un peu ovoïde, du volume des deux poings, à surface lisse,

sans bosselures, d'une consistance ferme, un peu ramellie par places. La coupe présente un aspect variable dans ses différents points : dans la plus grande partie de son étendue, elle est d'un blanc légèrement jaunâtre et très-coistante; dans quelques points, c'est un tissu transparent analogue au tissu de l'embryon. Dans un tiers environ de son étendue et vers la partie inférieure de la tumeur, elle est plus jaunâtre, plus terne, plus inégale, plus molle et semblable à de la matière tuberculeuse; elle présente l'aspect *phymatoïde* que l'on rencontre si fréquemment dans les tumeurs du testicule. Il existe également dans la partie inférieure deux ou trois cavités grosses comme des noisettes, remplies d'une sérosité rougeâtre et dues vraisemblablement à des épanchements sanguins.

Il existe dans le mésentère une tumeur grosse comme une noix, dure, de consistance fibreuse, qu'à première vue on était tenté de prendre pour un ganglion lymphatique.

*Poitrine.* Le cœur et les plèvres sont sains. Le poumon est rempli de petits noyaux indurés gros comme des pois, ne formant pas de tumeurs nettement circonscrites, mais ayant la consistance et l'aspect du tubercule.

Le cerveau et la moelle n'ont présenté aucune altération.

M. Robin a bien voulu examiner les pièces. Je rapporte ici le résultat de son examen, d'après la note qu'il a eu l'obligeance de me remettre.

« La plus grande partie de la tumeur volumineuse est formée de *tissu fibreux proprement dit*, parsemé d'un certain nombre de *noyaux embryoplastiques*, pouvant représenter environ un 50° de la masse, à côté des fibres disposés en faisceaux et en nappes. Parmi ces fibres il en est qui sont encore à l'état de corps *fibro-plastiques fusiformes et étoilés*, mais en petit nombre.

« Les parties molles demi-transparentes grisâtres sont au contraire formées presque exclusivement de *noyaux embryoplastiques*, de quelques corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés, isolés ou réunis en faisceaux, et de capillaires. Parmi ces *noyaux*, il en est un certain nombre qui sont *hypertrophiés*, ainsi qu'il arrive souvent dans les tumeurs qui en sont principalement formées, c'est-à-dire qui ont une longueur double environ de celle qui leur est habituelle. Presque tous renferment un petit nucléole et quelques-uns de ceux qui sont hypertrophiés en renferment deux.

« La portion de la tumeur qui offrait l'état *phymatoïde* devait cet

aspect à la présence d'un nombre considérable de petites *granulations jaunâtres* déposées entre les fibres et dans leur épaisseur. De plus, les noyaux embryoplastiques, assez abondants au sein de cette portion du tissu, étaient remplis de ces granules jaunâtres, réfractant assez fortement la lumière en lui donnant une teinte foncée. Ces noyaux étaient, par suite de ce dépôt granuleux, devenus irréguliers, quelques-uns presque sphériques et un peu plus gros que ceux des autres portions de la tumeur.

*La tumeur mésentérique et celles de la peau étaient franchement fibreuses* ; dans la première toutefois, il y avait par places une certaine quantité de noyaux embryoplastiques, interposés aux fibres comme éléments accessoires et presque tous de petit volume.

Ces diverses productions morbides étaient donc franchement fibreuses, avec mélange de portions formées de tissu embryoplastique au sein de la plus grosse. Quant à l'altération phymatoïde de celle-ci, elle n'offrait rien qui ne soit habituel lorsque cette sorte de superfétation morbide se produit au sein d'une tumeur fibreuse ou autre ; fait commun lorsque ces lésions atteignent un grand volume.

#### OBSERVATION XIV.

Cancer (*squirrhe*) de l'estomac et du côlon ; *hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux de ces deux organes.*

(N° 12, salle Sainte-Madeleine.)

D..... (Séraphin), 48 ans, homme de peine, marié ; entré, le 1<sup>er</sup> octobre 1863, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Barth. Son père est mort *poitrinaire*, ainsi qu'un de ses frères ; sa mère avait 103 ans.

En 1836, pendant dix-huit mois, *fièvre intermittente* revenant d'abord tous les deux jours, puis ensuite tous les trois jours. En 1852, choléra ; en 1860, *fièvre typhoïde*.

Il y a cinq ans, jaunisse pendant quatre jours, à la suite d'une frayeur.

Ce malade est atteint d'une *affection cutanée* dont il fait remonter le début à trente-sept ans. Cette affection aurait commencé par la tête et aurait progressivement gagné le reste du corps de haut en bas ; elle n'aurait pas du reste changé d'aspect.

Elle commence par des boutons qui laissent échapper un peu de sérosité jaunâtre, et auxquels succèdent des croûtes sèches. Ces croûtes sont disposées par points irréguliers sous la forme de cercles dont le centre est intact, comme dans l'*herpès circiné*.

Elles sont le siège de vives démangeaisons; elles sont d'un blanc jaunâtre, farineuses, et *formées par de l'épithélium*; à part cela, cet homme se portait bien et il ne se trouve malade que depuis quatre semaines.

Depuis ce temps il *vomit* tous les jours deux à trois heures après avoir mangé, mais jamais en dehors des repas. Ces vomissements sont bilieux et alimentaires.

Les selles sont régulières.

On sent au-dessous du rebord des fausses côtes droites une *tumeur* séparée du foie par un sillon donnant un peu de sonorité par la percussion profonde; elle est le siège de douleurs vives spontanées exagérées par la pression et que le malade compare à des coups d'épingles.

Le malade se plaint en outre *de douleurs dans les jambes et dans les mollets*. Il a toujours la tête lourde.

Le foie n'a que 9 centimètres de matité verticalement à partir de 5 centimètres au-dessous du mamelon.

L'amaigrissement est considérable; mais il *n'existe pas de teinte jaune-paille ou feuille-morte de la peau*.

12 octobre. Depuis deux jours le malade prend du houblon et de l'eau de Vichy et n'a pas vomé depuis ce temps.

Le 13. Les vomissements sont revenus précédés d'aigreurs et de flatuosités. — Frictions sur le ventre avec la pommade stibiée.

Le 14. Les vomissements continuent. — Emplâtre de thériaque.

Le 24. Constipation depuis cinq jours. — Lavement purgatif, le malade vomissant l'eau de Sedlitz et l'huile de ricin.

1<sup>er</sup> novembre. On remarque du côté gauche du ventre une *dilatation du volume du poing*, sonore à la percussion. Constipation et vomissements.

Le 9. Depuis quatre jours, le ballonnement du côté droit du ventre a augmenté; le malade y ressent des douleurs extrêmement vives; on voit les anses intestinales se contracter en même temps que se produisent des borborygmes.

La face est grippée, l'émaciation extrême; il paraît évident qu'il y a un cancer avec obstruction intestinale.

Le 11. Le malade est mourant.

Le 12. Mort à cinq heures du soir.

Le 13, *autopsie*.

*Thorax*. Quelques adhérences seulement de la plèvre gauche.

*Abdomen.* Les anses intestinales sont distendues par des gaz ; il existe des traces de péritonite à la partie supérieure de l'abdomen.

L'estomac présente dans la région pylorique une *tumeur* dans laquelle se trouve compris le côlon transverse, dont le calibre se trouve ainsi rétréci.

La partie gauche du côlon transverse et la fin du gros intestin sont revenues sur elles-mêmes et contrastent par leur petit volume avec la dilatation de la moitié droite du côlon transverse et du bout supérieur de l'intestin.

Le foie, la rate et les organes génitaux urinaires sont sains.

La pièce étant disséquée et séparée du reste de l'intestin, on reconnaît que la tumeur est due à un *épaississement de la paroi de l'estomac*, ayant son maximum au niveau de la région pylorique, s'étendant à 5 à 6 centimètres à gauche de cet orifice et plus marqué du côté de la grande courbure. On voit aussi que le tissu morbide s'est propagé aux parois du côlon transverse ; car il est impossible d'isoler celui-ci de la tumeur.

La muqueuse de l'estomac est comme boursouflée, tomenteuse, présentant des plis très-marqués flottants, d'un rouge brunâtre, ramollie et ulcérée par places.

Le duodénum est sain. On peut, en disséquant sa muqueuse, isoler l'orifice pylorique dont les parois ont environ 10 à 12 millimètres d'épaisseur.

On peut encore disséquer la muqueuse de l'estomac jusqu'à 2 centimètres au delà du pylore ; mais elle s'amincit et se déchire lorsqu'on arrive au voisinage des ulcérations.

Le côlon transverse est uni à l'estomac par un tissu fibreux tellement dense qu'il est impossible de l'en séparer. Ce tissu est parsemé de petites masses renfermant du tissu adipeux très-dur et d'un jaune rougeâtre. On trouve dans le côlon les mêmes altérations que dans l'estomac. Ses parois sont épaissies et la muqueuse congestionnée, ramollie, est ulcérée par places au même niveau.

Le tissu morbide est d'une consistance très-ferme. Il crie sous le scalpel. — Blanchâtre à la coupe, d'un aspect un peu plus foncé et en même temps plus transparent par places, il peut être considéré comme du tissu squirrheux type.

Nous avons porté cette pièce à M. Robin qui a bien voulu nous donner les détails suivants :

Dans toute l'épaisseur de la masse morbide, on trouve alternativement une couche de tissu lamineux et une couche de fibres élastiques, exactement disposées comme dans la tunique cellulaire d'un estomac sain.

Ce tissu fibreux envoie des prolongements entre les faisceaux musculaires hypertrophiés eux-mêmes.

Vers les bords des ulcérations il y a des glandes dilatées remplies d'une matière grisâtre ou jaunâtre formée d'épithélium nucléaire et de matière amorphe.

La texture de ce tissu est à peu près celle du tissu fibreux à l'état normal, sauf l'existence de fibres élastiques plus abondantes. Ces fibres élastiques sont disposées du reste comme dans le tissu lamineux sous-muqueux ou intermusculaire de l'intestin.

Ce tissu diffère d'ailleurs du tissu qui compose les tumeurs fibreuses proprement dites, en ce que, dans ces dernières, on ne trouve pas de fibres élastiques.

Il est fréquent de voir des ulcérations coexister avec cette hypertrophie fibreuse, sans qu'on ait déterminé jusqu'à présent laquelle de ces deux lésions est primitive. Ces altérations siègent habituellement près du pylore.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre.

Et d'abord pendant la vie on a diagnostiqué un cancer; à l'autopsie M. Barth lui-même a regardé la tumeur comme du tissu squirrheux type, et cependant le microscope nous apprend qu'il s'agissait là d'une hypertrophie simple de la tunique celluleuse de l'estomac.

Je pense donc qu'il est impossible de ne pas voir là une variété de cancer, et s'il fallait lui donner un nom je crois que celui de *cancer hypertrophique* est celui qui conviendrait le mieux.

Cette observation est encore intéressante à cause de la coexistence chez ce malade d'une affection cutanée. Mais cette affection, qui ressemblait à de l'herpes circinée, était trop ancienne pour qu'on pût en déterminer la nature d'une manière précise.

Il n'y a eu aucun antécédent arthritique dans sa famille, le malade n'a eu lui-même aucun accident de ce genre; son père seulement est mort *poitrinaire*.

#### OBSERVATION XV.

*Squirrhe de l'estomac; hypertrophie de la tunique celluleuse de l'estomac. (Communiquée par M. Lancereaux.)*

D....., 64 ans, couturière, mariée, entrée le 13 novembre 1859 à la Pitié (salle Saint-Charles, service de M. Marrotte).

Cette malade, excessivement *maigre*, était considérée comme atteinte d'un

*Cancer de l'estomac.* Il était d'ailleurs facile de voir et de sentir une tumeur au niveau de la région pylorique, ayant le volume d'un gros œuf. Les vomissements étaient assez rares.

Malgré l'amaigrissement successif, le teint était encore coloré ; il n'était pas jaunâtre et cachectique.

10 janvier 1860. Le malade s'éteignit peu à peu. A l'autopsie, on trouve l'estomac dilaté et rempli de matières non encore digérées. La muqueuse était saine dans toute son étendue.

A la région pylorique se voyait une tumeur ayant environ 5 centimètres de long sur 3 d'épaisseur. Le pylore était rétréci par le fait de cette tumeur au point de ne plus admettre qu'un gros tuyau de plume ; du reste, la muqueuse était saine à son niveau ; elle était seulement très-adhérente, sillonnée et striée.

L'examen microscopique ne montre dans cette tumeur que des fibres de tissu élastique et de tissu lamineux, et de la matière amorphe et granuleuse. C'est une simple hypertrophie de la tunique celluleuse de l'estomac.

La mort, dans ce cas, paraît avoir été causée par l'inanition, les aliments séjournant dans l'estomac et n'étant absorbés que d'une manière très-incomplète.

Il résulte de ces observations qu'il y aurait deux formes de cancer à fibres.

Dans l'une (obs. 13) on trouve comme élément fondamental les éléments du tissu conjonctif à différentes périodes de développement (noyaux embryoplastiques, corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés, fibres lamineuses complètement développées.) Il est évident que dans ce cas la connaissance de la nature de la tumeur enlevée par M. Trelat aurait seule pu faire soupçonner la nature de la tumeur interne. Il y avait là tous les signes d'une cachexie cancéreuse. Pour nous, il s'agit donc bien là d'un cancer.

Dans les deux autres observations il s'agit d'une hypertrophie de la tunique de l'estomac dans l'obs. 14, et de l'estomac et du colon dans l'obs. 15.

Il semble, d'après ces faits, que, dans le cancer à fibres, il se passe quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour le cancer à cellules où l'on voit une hypergénèse de cellules tantôt simplement

juxtaposées, d'autres fois offrant une texture déterminée et disposées soit sous forme de culs-de-sac glandulaires, soit sous formes de papilles.

De même dans le cancer à fibres, on verrait une hypergénèse tantôt d'éléments fibreux simplement juxtaposés, comme dans l'obs. 13, tandis que d'autres fois ces éléments fibreux offriraient une texture déterminée analogue à celle d'une partie normale, comme la tunique celluleuse du côlon ou de l'estomac.

Cette forme nous paraît donc, de cette manière, se rattacher aux autres affections dites cancéreuses.

OBSERVATIONS PROPRES A SERVIR A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DU CANCER  
AVEC LES MALADIES CONSTITUTIONNELLES.

OBSERVATION XVI.

Goutte ; cancer des os, de l'estomac et du foie. (Obs. de M. Lancereaux.)

B..., entré le 27 octobre 1861 à la salle Rosaire (n° 1).

*Sciaticque* il y a un an ; esquinancie à l'époque de la ménopause. *Plusieurs accès de goutte antérieurement*, généralement si peu douloureux que la malade s'en apercevait à peine.

Les renseignements qu'elle donne sur ses antécédents héréditaires sont nuls. Il paraît cependant assez probable que sa mère est morte *asthmatique*. Elle ne sait pas de quoi est mort son père.

A son entrée, cette femme, grande et fortement constituée, présente une décoloration générale des téguments, une teinte terreuse qui, jointe à l'*amaigrissement*, fait penser à un cancer.

La palpation vient bientôt confirmer ce diagnostic. On sent, en effet, un peu au-dessous et à droite de l'appendice, une *tumeur* dure, résistante. De plus, l'estomac est dilaté, et nous le voyons sous nos yeux se contracter énergiquement et amener une régurgitation d'un liquide muqueux, glaireux. Nous avons pu constater le même phénomène à plusieurs reprises.

*Anorexie* à peu près complète. Dents assez bien conservées. Langue normale, légèrement fendillée, constipation.

Nausées, *vomissements* muqueux, glaireux, renfermant parfois, mais rarement, des *matières noires* ou couleur chocolat. Pouls petit, souffle cardiaque léger, *emphysème* pulmonaire.

*Concrétions tophacées pisiformes* au doigt médius droit, de chaque côté de la base de la phalange. Une autre concrétion au-dessus et un peu en avant de l'antitragus, un peu moins dure et un peu moins résistante que les précédentes, quelques douleurs dans la région des reins. La malade paraît un peu gênée pour se mouvoir dans son lit.

Faiblesse générale progressive. La malade s'éteint lentement avec calme et sans agonie le 29 octobre 1861.

*Autopsie* 36 heures après la mort.

Roideur cadavérique presque nulle, teinte verdâtre de l'abdomen.

*Tête.* Substance cérébrale anémiée, un point d'apoplexie capillaire sur le côté du bulbe.

*Thorax.* Emphysème pulmonaire léger, double; sang noir et liquide dans le cœur en petite quantité. Parois gauches du cœur un peu hypertrophiées, d'une coloration un peu bronzée.

Valvules aortiques légèrement épaissies, surtout l'une d'entre elles, vers la partie moyenne de laquelle se voit un point jaunâtre de nature calcaire et graisseuse.

*Granulations calcaires* sur l'aorte abdominale, surtout au voisinage de sa bifurcation.

Le foie offre à sa surface, au-dessous de la séreuse, 15 à 18 petites tumeurs blanches, de 1 centimètre de large sur 2 à 3 millimètres d'épaisseur en moyenne. Les canaux et la vésicule biliaires sont dilatés; le pancréas est gros.

Reins petits, jaunâtres, mais parsemés de petits kystes à leur surface.

Les concrétions de l'aorte, au niveau de l'orifice des artères rénales, ont rétréci leur calibre.

Les ganglions mésentériques placés immédiatement au devant de la colonne vertébrale paraissent suppurés; légèrement augmentés de volume, ils sont ramollis au centre, où existe une matière jaune-verdâtre; au premier aspect, ils ressemblent un peu à une des formes de l'altération ganglionnaire syphilitique.

Au pylore, tumeur cancéreuse de 3 à 5 centimètres de long, occupant une grande partie de la circonférence de l'organe, immédiatement au-dessus du pylore. A ce niveau, la muqueuse est plus lisse, épaissie et complètement adhérente aux parties sous-jacentes. Au-dessous, se voit une couche légèrement colorée en noir, brunâtre. La tunique musculaire est hypertrophiée.

On trouve infiltrée entre ses mailles une matière blanchâtre avec suc à la pression et même simplement à la coupe. Cette matière forme parfois de petites tumeurs pisiformes. Elle se rencontre également dans la trame de la muqueuse et dans la couche sous-jacente, où elle forme de petits grumeaux semblables à des grains de riz cuit.

L'estomac est dilaté. C'est probablement de la muqueuse distendue que venait le sang, car il n'y avait point d'ulcération.

L'examen microscopique du suc fait voir des cellules plus ou moins granuleuses, plus ou moins déformées, plutôt *allongées* qu'arrondies pour la plupart, avec un noyau plus ou moins volumineux et granuleux : quelques-unes ont plusieurs noyaux.

Au premier abord, il paraît difficile de reconnaître ces cellules ; mais il suffit d'ajouter une goutte d'acide acétique à la préparation pour dissoudre les granulations et pour faire apparaître de nombreux noyaux elliptiques ou ovoïdes ressemblant aux noyaux embryoplastiques. Les cellules, sous la même influence, prennent une apparence fusiforme beaucoup plus nette, de telle sorte que les éléments déformés appartiennent bien réellement au tissu conjonctif.

Dans le foie et les os, même résultat.

Outre ces éléments, on trouve de la matière amorphe, du tissu élastique très-abondant et du tissu conjonctif dans la portion de l'estomac qui est le siège de la lésion.

Immédiatement au-dessus de l'origine de l'une des artères rénales, saillie aiguë dans l'aorte tenant à un dépôt de granulations calcaires et de cholestérine.

Les orifices des artères rénales paraissent légèrement rétrécis.

Les reins, outre les petits kystes, offrent une altération des canalicules et des corpuscules. Ceux-ci sont la plupart atrophiés, granuleux.

Un grand nombre de *tubuli* renferment des cellules détruites, des granulations grises et quelques fines granulations graisseuses.

L'urine ne contenait pas d'albumine.

Graisse, carbonate et phosphate de chaux dans le tophus du médius.

Urate de chaux et quelques cellules de cartilage, dans le tophus de l'oreille.

A 1 centimètre au-dessous du trou borgne, sur le corps restiforme gauche, existe un point de 1/2 millimètre environ, pointillé de rouge, ce qui lui donne l'aspect d'un point d'apoplexie capillaire. On y trouve du carbonate de chaux en abondance, des vaisseaux et des espèces de gros corps ronds, assez analogues aux corpuscules de Malpighi et renfermant probablement des globules.

#### OBSERVATION XVII.

*Cancer* du sein ; opération ; récide. *Rhumatisme* chez les parents et chez le sujet après la première récide. (Observation due à l'obligeance de M. Lancereaux.)

Eugénie V...., 50 ans, sans profession, entrée, au mois de novembre 1859, à la salle Saint-Charles (Hôtel-Dieu, service de M. Laugier).

Sa mère, à l'âge de 40 ans, vers l'époque critique, a été atteinte d'un *rhumatisme universel* ; elle est morte au bout de quatre ans de maladie, peut-être d'un cancer utérin.

Son père est mort âgé de plus de 60 ans ; il était *asthmatique* et avait fait beaucoup d'excès vénériens.

Une de ses sœurs est morte à 12 ans dans un état de *cachexie* ; une est morte à l'âge de 28 ans par un *rhume négligé* ; une troisième est morte de la *poitrine*.

Elle a eu la *scarlatine* pendant son enfance, a été réglée à 12 ans régulièrement. Elle a eu de nombreuses épistaxis pendant sa jeunesse ; une de ses filles y est elle-même très-sujette.

A part quelques maux de tête, elle est d'habitude très-bien portante.

Elle a eu sept enfants, dont il ne lui en reste plus que quatre, tous bien portants ; l'une est morte de la coqueluche à 16 mois, une autre à 7 jours, une autre de coliques avec maux de reins à 15 ans.

C'est une femme petite, mais énergique, d'un tempérament nerveux.

Il y a deux ans, au mois de décembre, elle s'est aperçue que sa chemise restait collée au sein, mais elle n'a pas remarqué alors qu'il y eût de tumeur, c'est un an plus tard qu'elle s'en est aperçue.

Il existait un suintement jaunâtre par le mamelon.

Cette tumeur n'ayant fait qu'augmenter, on dut en pratiquer l'ablation le 27 décembre ; elle était grosse comme une tête de fœtus.

Voici les résultats de l'examen microscopique fait par M. Lancereaux :

Au milieu d'une gangue fibroïde et granuleuse se voient un grand nombre de noyaux ; on trouve aussi des cellules, la plupart sphériques ; d'autres polygonales et ovalaires, de dimensions variables, renfermant un ou plusieurs gros noyaux sphériques, granuleux, pourvus eux-mêmes d'un nucléole transparent. Il n'existe pas de noyaux libres en dehors de la trame.

Après l'opération survint un peu d'érysipèle, après quoi la cicatrisation devint complète.

Six semaines plus tard, la malade rentre à l'hôpital. Huit jours après sa sortie, elle avait remarqué elle-même sur son sein une petite tumeur qui aujourd'hui est de la grosseur d'une noix. Cette tumeur est détruite d'abord par la pâte de Canquoïn, et ensuite par le fer rouge, qui ne produit pas l'amélioration qu'on en attendait.

M. Laugier, en l'employant, croyait pouvoir modifier l'état local, mais le mal était déjà trop avancé.

Dans le cours du mois d'août, la malade vient nous revoir.

Le sein était toujours dans le même état ; on y voyait une large ulcération.

Mais la malade se plaignait de *douleurs erratiques dans la plupart des articulations ; les genoux et les cous-de-pied étaient tuméfiés et un peu rouges.*

Comme il y avait de l'embarras gastrique, on lui donna un vomitif et quelques purgatifs.

Un mois plus tard, elle sortait, conservant encore quelques douleurs.

Elle rentre à la fin d'octobre.

La tumeur du sein avait augmenté de volume, elle était le siège de douleurs lancinantes. La perte de substance due à l'action du caustique ne s'était point cicatrisée.

L'appétit est presque nul; quelques douleurs se faisaient encore sentir dans les membres.

Nous avons rapporté cette observation à cause de l'existence chez les parents de rhumatismes ou d'asthme, affection qui paraît avoir des relations avec la goutte.

Nous ne pensons pas cependant que ce fait soit de nature à entraîner la conviction en faveur d'un cancer rhumatismal; la chose est possible, mais qu'est-ce qui le démontre? Pourquoi, lorsqu'on a un rhumatisme, serait-on à l'abri d'une autre maladie comme le cancer? Et même est-il défendu à un cancéreux de prendre un rhumatisme?

On remarquera aussi que la malade a perdu deux sœurs, l'une d'un rhume négligé et l'autre de la poitrine, de sorte qu'on pourrait à la rigueur faire un rapprochement entre le cancer et la phthisie.

Ce fait nous a paru cependant intéressant à rapporter.

#### OBSERVATION XVIII.

*Cancer du rectum; rhumatisme localisé dans le bras droit douze ans auparavant.*

C.... (Marie), 62 ans, journalière, veuve; entrée, le 13 juillet 1863, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Barth, n° 5, salle Saint-Landry).

A eu cinq enfants, dont trois sont morts accidentellement et les deux autres sont bien portants.

Comme maladie existant dans sa famille elle ne signale qu'une *hémiplegie probablement par hémorrhagie cérébrale* dont aurait été atteint son *grand-père maternel*.

1861. — Moricourt.

Depuis quinze ans elle est atteinte d'une *hernie inguinale gauche* et d'un *catarrhe bronchique*.

Il y a douze ans elle a été atteinte d'un *rhumatisme* dans le bras droit.

Il n'y aurait que *quatre mois* qu'elle est atteinte de la maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital. Elle a eu depuis ce temps trois *selles sanglantes*, dont la dernière il y a quinze jours. Elle va à la selle assez régulièrement tous les jours, mais avec des coliques.

Depuis quatre mois elle est sujette à des *battements de cœur* et à des sifflements d'oreille, mais sans bruits de souffle. Diminution de l'appétit, amaigrissement; rêves pendant la nuit et *démangeaisons à la peau*; régulièrement réglée, elle perdait d'une manière exagérée à chaque époque; teinte *jaune-paille* prononcée.

L'inspection de l'anüs laisse voir une ulcération de 2 centimètres environ, à bords indurés, de laquelle suinte une sérosité ichoreuse, fétide, qui imprègne les draps et les vêtements de la malade. Le doigt, introduit dans le rectum, rencontre une masse énorme de végétations et de choux-fleurs dont il est impossible d'atteindre la limite supérieure.

Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'au 1<sup>er</sup> août, l'état de la malade n'a pas notablement changé, elle a eu plusieurs selles sanguinolentes. M. Vidal lui fait prendre du perchlorure de fer qui colore ses garde-robes en noir. Elle a des douleurs vives dans le fondement que calment les bains et l'onguent populéum.

Au mois de septembre on évacue la salle, et la malade meurt peu de jours après son passage.

L'autopsie n'a pas été faite.

D'après les signes constatés pendant la vie, il n'y avait pas de doute pour admettre un cancer, bien que le défaut d'examen microscopique n'eût pas permis d'en préciser la variété histologique.

Nous rapportons cependant l'observation en appelant l'attention : 1° sur l'existence d'une *hémiphlegie*, parmi les antécédents, fait que j'ai noté dans plusieurs de mes observations; 2° d'un *catarrhe ancien*; c'est peut-être le fait le plus important; 3° d'un *rhumatisme* localisé dans le bras droit; 4° de *démangeaisons à la peau* et de *battement de cœur*.

Mais nous nous garderions de conclure de là à l'existence d'un cancer rhumatismal, sans en nier non plus la possibilité.

### OBSERVATION XIX.

Cancer des poumons; amputation antérieure de la cuisse; scrofule.

M. Lancereaux m'a communiqué l'observation de ce malade, dont je donne seulement ici le résumé.

D.... (Alfred), 23 ans, garçon boucher, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 mai 1862, salle Sainte-Jeanne, n° 55, service de M. Grisolle).

Ce malade disait avoir été amputé de la cuisse, à l'hôpital des Cliniques (au mois de juin 1861), pour une affection du genou.

Il entrait chez M. Grisolle avec des signes de phthisie; il était dans la cachexie la plus complète.

Hémoptysie, craquements, matité, souffle cancéreux: *douleurs dans les jointures*, diarrhée.

Mort au bout de quelques jours.

*Autopsie.* Plaque fibreuse blanche très-épaisse à la face convexe de la rate. Cœur volumineux.

Masse encéphaloïde entourée de matière calcaire dans les poumons.

A l'examen microscopique, cellules volumineuses allongées, étoilées, déformées, à noyaux volumineux, granuleuses, noyaux libres au milieu d'une trame de tissu cellulaire.

M. Lancereaux pense qu'il s'agissait d'un cancer *fibro-plastique*.

Le cadavre paraissait appartenir à un sujet peu développé et scrofuleux. Il rapproche ce fait d'un autre qu'il a observé aux Incurables, chez lequel quelques années après l'amputation il était survenu un cancer du poulmon, qui avait été précédé de tubercules du testicule.

Ce sujet était à la fois rachitique et scrofuleux.

### OBSERVATION XX.

Cancer fibro-plastique de la partie latérale gauche du cou, développé probablement dans des ganglions scrofuleux. (Obs. de M. Lancereaux.)

C...., boulanger, 58 ans, marié, entré, le 15 mars, à l'Hôtel-Dieu (salle Sainte-Marthe, n° 29, service de M. Laugier).

Ce malade présentait une tumeur située sur le côté gauche du cou et paraissant avoir pour point de départ les ganglions ; cette tumeur s'étendait jusqu'aux vertèbres.

Le malade étant mort le 29 juin, on trouva dans la partie blanche et ramollie de la tumeur des corpuscules de forme variable, les uns ovalaires, les autres triangulaires, il y en avait même de quadrilatères.

Ces corpuscules étaient chargés de granulations insolubles dans l'acide nitrique, mais solubles dans l'éther.

Dans d'autres points on trouva de véritables *corps fusiformes* et une trame de tissu cellulaire dans laquelle se voyaient les mêmes corpuscules.

M. Lancereaux se demande si l'altération n'aurait pas pour point de départ les ganglions qui seraient devenus tuberculeux, puis fibro-plastiques ; il y avait de plus des tubercules dans les deux sommets des poumons, avec des cellules fibro-plastiques et des cellules cancéreuses.

## SECONDE PARTIE

---

Les observations qui précèdent et les résultats qui en découlent nous permettent maintenant de résoudre les principales questions relatives à la nature des affections cancéreuses.

Et d'abord, existe-t-il un élément anatomique caractéristique du cancer, comme la cellule cancéreuse, les noyaux cancéreux, les plaques à noyaux multiples ou les alvéoles du tissu conjonctif remplies de cellules des auteurs allemands ?

Nous ne saurions l'admettre, puisque, dans nos observations, nous trouvons tantôt des cellules, tantôt des noyaux, tantôt des fibres.

Ce n'est pas que nous nions l'existence des différents éléments anatomiques que nous avons cités tout à l'heure. Il est impossible de supposer que des observateurs aussi distingués que ceux qui les ont admis aient décrit des éléments imaginaires. Nous avons rencontré nous-même ces éléments, et notamment dans les observations 1, 5 et 6. Mais ce que nous contestons, c'est la valeur qu'on leur a donnée comme caractérisant exclusivement le cancer.

D'abord, ils ne sont pas constants ; mais, de plus, il ne nous est pas possible de les considérer comme des éléments, soit étrangers à l'organisme, soit n'ayant aucune analogie avec les éléments normaux préexistants.

Prenons d'abord la cellule cancéreuse. Nous l'avons trouvée avec les caractères qu'on lui a assignés et que tout le monde connaît, dans les observations 1 et 2, par exemple. Eh bien, dans ces cas,

nous l'avons dit, à côté de ces cellules ainsi augmentées de volume, à gros noyaux, à nucléoles multiples et brillants, il y avait des cellules qui ne différaient en rien de l'état normal et qu'on pouvait même comparer à l'épithélium de telle ou telle portion d'une muqueuse normale, comme la muqueuse utérine ou la muqueuse des trompes. De plus, on pouvait suivre tous les intermédiaires entre ces cellules normales et les cellules les plus altérées, les plus déformées.

D'ailleurs, on peut rencontrer à l'état normal des cellules offrant tous les principaux caractères des cellules dites *cancéreuses*. Virchow, Forster, Weddl, ont signalé les cellules de l'épithélium de l'uretère, des bassinets, du poumon et de la conjonctive, comme étant dans ce cas.

Michel, de Strasbourg, a rencontré des cellules analogues dans la moelle des os, chez l'enfant.

A l'appui de notre manière de voir, nous ne saurions mieux faire que de citer l'opinion de M. Robin, d'après les notes que nous avons recueillies à son cours fait à la Faculté, en 1863.

« Il y a d'abord une hypergénèse de l'épithélium normal ; puis, en même temps, les cellules épithéliales s'ypertrophient, c'est-à-dire qu'elles augmentent de volume dans leurs trois dimensions. Souvent aussi leur structure et leur forme se modifient.

« Ainsi, les noyaux deviennent rapidement de deux à trois fois plus volumineux. On y voit apparaître un ou deux nucléoles, alors que souvent ils n'en possédaient pas à l'état normal.

« En même temps, ces cellules sont plus irrégulières. Elles présentent des prolongements sur leurs angles, parce que la segmentation n'a pas été aussi régulière qu'à l'état normal. Ces prolongements s'exagèrent pendant le développement de la cellule, pendant son augmentation de volume dans les trois dimensions.

« Ces irrégularités sont beaucoup plus prononcées dans certaines régions. Ainsi, dans la vessie ou à l'état normal, il existe un épithélium mixte offrant de ces cellules irrégulières. Toutes les tumeurs

renferment des cellules bien plus irrégulières que dans les autres régions du corps.

« En outre, lorsque ces tumeurs ont acquis un certain volume, il se dépose, dans leur intérieur, des granules graisseux. Ou bien il se produit, dans leur épaisseur, des excavations qui repoussent le noyau sur le côté et qui renferment tantôt un liquide clair et limpide, tantôt des dépôts de granulations foncées.

« C'est l'aspect particulier que prennent ces cellules, présentant ainsi des excavations, qui avait fait croire aux partisans de la génération endogène que c'étaient des cellules mères renfermant des cellules filles.

« Qu'il s'agisse de l'épithélium du rein, du foie, de la mamelle ou des muqueuses, ou de tout autre organe, en quelque région de l'économie qu'ait lieu cette hypergénèse, ces modifications s'observent de la même manière. »

On ne saurait voir dans ces faits que le résultat d'une évolution normale, quoique plus rapide.

Mais, s'il n'existe pas d'éléments hétéromorphes, peut-on admettre avec les histologistes allemands (1) que le tissu cancéreux est caractérisé par une texture particulière d'éléments analogues aux éléments normaux, à savoir : 1° ce qu'ils appellent un *stroma*, c'est-à-dire des fibrilles du tissu conjonctif, disposées de manière à constituer de petites cavités ou alvéoles et servant de soutien aux vaisseaux ; 2° des cellules épithéliales ou des plaques à noyaux multiples, remplissant ces alvéoles.

Nous ne pouvons admettre que cette disposition, bien que très-fréquente, soit caractéristique du cancer. Car nous trouvons dans nos observations des cas où il n'y avait aucune trame (*stroma*) interposée, où il n'y avait que des cellules juxtaposées sans trace de tissu lamineux ; de plus, nous en voyons d'autres où il n'y avait que des éléments du tissu fibreux sans cellules et sans noyaux.

---

(1) Voy. Paulicki, *Allgemeine pathologie*, 2<sup>e</sup> livraison, page 246 ; Lissa, 1863.

Nous pensons donc que c'est à tort que les Allemands ont séparé du cancer les tumeurs dépourvues de trame (stroma), les tumeurs sans cellules comme les tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques, ainsi que les différentes variétés de tissu que nous avons décrites dans nos observations.

D'ailleurs les cellules à noyaux multiples se rencontrent à l'état normal et ne sont qu'un accident de la formation des cellules par segmentation de la matière amorphe, interposée aux noyaux. Voici à ce sujet comment s'exprime M. le professeur Robin :

Nous transcrivons ce passage en entier. On y verra comment dans certains points, où il existe à l'état normal de l'épithélium nucléaire, il peut se produire à l'état morbide des tumeurs qui renferment de l'épithélium pavimenteux.

« Dans la mamelle et dans d'autres glandes où il existe un épithélium nucléaire à l'état normal, pathologiquement on voit se produire de l'épithélium pavimenteux ou polyédrique par l'apparition et la segmentation d'une substance amorphe entre les noyaux, ce qui donne lieu en général à autant de cellules qu'il y a de noyaux.

« C'est là un phénomène analogue à celui qui se passe dans la peau à l'état normal. On sait en effet que les cellules pavimenteuses de la peau ont commencé par être à l'état d'épithélium nucléaire à la face superficielle du derme.

« Mais la segmentation de la matière amorphe interposée n'a pas toujours lieu exactement entre chaque noyau. Il arrive assez souvent que les sillons de division englobent deux, trois, quatre, et quelquefois, mais rarement, un plus grand nombre de noyaux. C'est ce qui donne lieu aux plaques à noyaux multiples que l'on a à tort considérées comme propres au cancer.

« C'est là un fait normal dans le foie, les glandes salivaires, le pancréas, etc., et c'est pour avoir voulu étudier l'anatomie pathologique sans connaître l'état sain des organes que l'on a appelé ces cellules hétéromorphes. » (Notes prises au cours fait à la Faculté en 1863.)

Maintenant le cancer est-il une suite de l'inflammation, comme l'avait avancé autrefois Arétée et comme Broussais l'a soutenu avec énergie ?

Tout ce que nous avons vu est contraire à cette supposition. Et cependant il nous a été donné d'observer le tissu cancéreux tout à fait à son début. Ainsi, les petites granulations qui couvraient la face inférieure du diaphragme dans l'observation 1, et dont quelques-unes avaient à peine 1 millimètre de diamètre, étaient évidemment de formation récente. Eh bien, ni le péritoine qui les couvrait, ni le tissu cellulaire sous-séreux au milieu duquel elles étaient situées, ne présentaient la moindre trace d'inflammation. Elles étaient d'un gris blanchâtre, transparentes, sans vascularisation. On n'y trouvait aucune trace d'exsudation inflammatoire, aucun leucocyte. Elles étaient formées uniquement par de petites cellules prismatiques, très-nettes, analogues à celles de la muqueuse des trompes.

Pour Virchow le cancer est distinct de l'inflammation, bien qu'il puisse se développer dans des exsudats simplement inflammatoires primitivement, comme ceux qui se produisent dans le péritoine du petit bassin, ainsi qu'il assure l'avoir observé.

Mais il admet que le cancer se forme par un *processus irritatif analogue à celui de l'inflammation* (1). Les cellules du tissu conjonctif grossissent, leurs noyaux se divisent et augmentent de volume, de telle sorte que chacune des cellules primitives représente un petit amas allongé de noyaux qui est en relation anastomotique avec les cellules voisines pareillement modifiées. Les noyaux s'entourent bientôt d'une enveloppe de cellules, et à ce moment on a, à la place de la cellule primitive du tissu conjonctif, une réunion de cellules contenues dans une cavité alvéolaire. C'est l'alvéole cancéreuse, avec

---

(1) C'est au fond la même hypothèse que celle de Broussais; seulement ici, au lieu de porter sur les vaisseaux, comme dans le système de Broussais, l'irritation porte sur les éléments du tissu conjonctif.

son contenu épithélial (voyez *Path. cell.*). Nous n'avons jamais rien vu de semblable, en particulier dans l'observation 1 où, je le répète, nous avons eu occasion d'examiner du tissu cancéreux de formation toute récente. Nous ne saurions donc admettre cette théorie.

Mais, s'il n'y a pas une structure unique, spécifique, du tissu cancéreux, faut-il reconnaître autant de maladies différentes qu'il y a de structures distinctes, suivant que le tissu est composé de cellules, de fibres, de culs-de-sac, etc...? Ou, ce qui revient au même, faut-il supprimer le mot cancer pour le remplacer par les dénominations épithéliomas, fibromes, adénomes, etc...?

Pour les raisons que nous avons déjà indiquées au commencement de cette thèse, nous persistons à regarder cette innovation comme impossible quant à présent.

Car ces différentes affections sont diagnostiquées comme cancéreuses au lit du malade. On ne connaît pas encore de signes propres à les distinguer. Elles ne diffèrent entre elles que par une marche plus ou moins rapide, par une tendance plus ou moins grande à récidiver ou à se généraliser dans les ganglions ou dans des points plus éloignés.

Mais ce ne sont là que des nuances ou des degrés dans l'intensité du mal et nullement des différences spécifiques.

C'est donc à tort, selon nous, qu'on a voulu séparer le cancroïde et les tumeurs fibro-plastiques du cancer. S'il est vrai que souvent ces tumeurs ne récidivent pas après l'ablation, il est des cas, et ils ne sont pas aussi rares qu'on l'a dit, où elles présentent tous les caractères de ce qu'on a appelé la malignité des autres formes de cancer, et il suffit que ces cas existent pour qu'on puisse les rencontrer dans la pratique et pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte dans la détermination exacte de la nature de ces affections.

Toutes ces différentes affections doivent donc être considérées comme des variétés ou des formes d'une même maladie, le cancer.

Mais, si telle nous paraît être l'expression de la vérité dans l'état

actuel de la science, nous ne prétendons pas qu'on doive regarder cette formule comme définitive.

Nous convenons, et c'est en faisant entrevoir ce point de vue, que le microscope nous paraît d'une utilité incontestable pour le progrès de la science, qu'en présence de ces structures si variées que nous avons décrites, il y a lieu de se demander si un certain nombre d'affections considérées cliniquement comme cancéreuses ne devraient pas être rattachées à d'autres maladies.

On sait que le cancer a été regardé par un certain nombre d'auteurs comme un produit morbide pouvant se rencontrer dans diverses maladies chroniques, C'est là une idée bien ancienne si l'on en juge par cette phrase de Van Swieten :

« Imo galenus hanc solam cancri originem agnoscit quando « atrabilarius humor collectus in corpore, neque per hemorrhoides « vel varices evacuatus, neque ad cutim propulsus, ad alias corporis « partes defertus (Van Swieten, *Comm.*, t. I, p. 853). »

Depuis, la même idée a été émise par différents auteurs. Broussais en particulier admettait que le cancer n'est que le résultat d'une subinflammation, et comme tel qu'il devait se rencontrer dans une foule d'états morbides. Il dit en effet que le cancer peut succéder à la syphilis, aux dartres, à l'éléphantiasis, au rhumatisme, à la goutte, à la scrofule, et il en conclut que le cancer n'est pas une maladie particulière ni primitive (voy. *Exam. des doct.*, t. V, p. 137).

Pujol regarde comme exposé au cancer l'individu chez lequel il y a des antécédents scrofuleux ou gouteux (*Méd. prat.*, t. IV, p. 148).

Gintrac admet une relation intime entre les diathèses cancéreuses, herpétiques et les affections nerveuses (*Mém. de l'Ac. de méd.* t. XI, p. 236).

J. Frank parle de cancers survenus à la suite du rhumatisme ou de la scrofule. Il dit avoir vu plusieurs habitants de la Lombardie atteints d'un squirrhe à l'estomac, par suite de la disparition d'une affection herpétique qu'ils appellent *il salso*.

Enfin, dans ces dernières années, MM. Bazin et Hardy ont repris la question et ont apporté de nouveaux faits à l'appui.

M. Hardy s'est surtout appuyé sur les relations du cancer avec les affections de la peau de nature dartreuse, et pour lui il existerait des cancers qui ne seraient qu'une manifestation de la dartre.

M. Bazin va plus loin, il admet que le cancer peut être une manifestation ultime de la dartre, de l'arthritisme, de la scrofule, et même de la syphilis, tout en reconnaissant que la dartre expose plus que l'arthritisme aux dégénérescences cancéreuses.

« Je suis convaincu, dit-il, qu'en donnant une bonne direction aux recherches ultérieures, on arrivera à connaître les caractères anatomiques et nosographiques des *cancers dartreux, arthritiques, scrofuleux et syphilitiques* » (*Leçons sur les aff. cut. de nat. arthr. et dart.*, p. 48).

Mais ni M. Bazin ni M. Hardy n'entendent nier l'existence du cancer en dehors des maladies constitutionnelles. Leurs déclarations sont catégoriques à cet égard.

Nous ne rapporterons pas ici les observations qu'ils ont données à l'appui de leur manière de voir ; on les trouvera résumées dans la thèse de M. Lelièvre (*du Cancer et de l'eczéma* ; Paris, 22 août 1863), que nous mentionnons parce que l'auteur y a rassemblé un certain nombre de faits qui lui sont personnels. Mais nous lui laissons, bien entendu, la responsabilité des interprétations qu'il leur donne et des conclusions qu'il en tire.

Dans ces observations on voit le cancer suivre la disparition d'affections cutanées ou coïncider avec elles.

Parmi ces affections cutanées, celle qu'on observe le plus souvent est l'eczéma, qui, d'après M. Bazin, entre pour les trois quarts dans les affections de la peau.

Nous avons nous-même rapporté un certain nombre d'observations dans le but d'éclairer la question ; mais nous croyons qu'elle est à l'étude et qu'il serait prématuré de la résoudre quant à présent.

Aussi nous bornerons-nous à faire ressortir les points principaux qui nous ont paru dignes d'être signalés dans ces observations.

Quelques auteurs considèrent le cancer des os comme une manifestation de la goutte. L'obs. 16 pourrait être invoquée en faveur de cette manière de voir. Nous ferons remarquer cependant que le malade qui fait le sujet de l'obs. 7, et qui était atteint de cancer hétéradénique des veines du cou et *des os*, n'a présenté aucun antécédent goutteux.

Les obs. 19 et 20 viendraient à l'appui de l'opinion de M. Bazin, qui regarde certaines tumeurs fibro-plastiques comme liées à la scrofule.

Enfin dans l'obs. 17 et dans l'obs. 18, il y a eu des rhumatismes.

Nous livrons ces faits à l'appréciation du lecteur. Quant à nous, nous nous garderons de l'exagération de certaines personnes qui considèrent une affection comme rhumatismale, par cela seul que le malade a eu antérieurement des rhumatismes.

Nous croyons qu'il faudrait trouver des signes cliniques particuliers pour admettre des cancers rhumatismaux ou goutteux, par exemple.

Signalons aussi l'obs. 14 dans laquelle il y a eu, d'une part, une affection cutanée persistante qui paraît avoir été de l'herpès circiné, mais dont il était difficile de préciser la nature à cause de son ancienneté, et d'autre part, un cancer fibreux hypertrophique de l'estomac et du côlon, avec cette particularité importante que le malade ne présentait qu'une pâleur anémique, sans teinte jaune-paille ou terreuse comme dans la plupart des autres affections cancéreuses. Il en a été de même dans l'obs. 15.

Ce serait là un fait constant dans le cancer dartreux d'après M. Bazin.

« Déjà je puis vous dire que j'ai été frappé d'une différence dans la symptomatologie des deux affections; *dans le cancer dartreux, je n'ai jamais observé la teinte jaune-paille qui manque rarement dans*

*le cancer diathésique. Dans la dartre n'y aurait-il jamais diffusion du produit morbide sur un grand nombre d'organes, tandis que cette dissémination existerait au contraire très-communément dans la diathèse? Ce n'est là qu'une conception a priori, qui demande, pour être admise comme une vérité scientifique, la sanction de l'expérience.»*

Nous nous associons pleinement à ces dernières paroles de M. Bazin.

Du reste, « la plupart des observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour dans ce sens sont incomplètes au point de vue de la structure intime du tissu morbide, et il serait à désirer, suivant nous, que dans celles que l'on recueillera à l'avenir, on décrivit avec soin les caractères de l'affection cutanée, ainsi que les différentes manifestations diathésiques, d'une part, et les caractères micrographiques du tissu morbide, d'autre part. »

Peut-être alors trouverait-on une coïncidence entre certaines formes d'affections cutanées et quelques-unes des variétés de structure que nous avons signalées dans le tissu cancéreux.

Sous ce rapport, comme on le voit, le microscope est susceptible de fournir aux études cliniques des données précieuses pour la solution de ce point intéressant de la pathologie.

## CONCLUSIONS.

I. Pour déterminer la structure du tissu cancéreux, il faut partir du point de vue clinique.

II. En procédant ainsi, on constate les particularités suivantes :

1° Chez un même sujet, quelque éloignés les uns des autres que soient les points envahis, quelque nombreux qu'ils soient, le tissu morbide est constitué principalement par la multiplication exagérée (hypergénèse), hors lieu (hétérotopie), ou hors temps (hétérochromie), d'une même espèce d'éléments anatomiques toujours plus ou moins analogues aux éléments normaux de l'organisme, et souvent tout à fait semblables à ceux de l'organe primitivement envahi.

2° Ces éléments peuvent être des cellules, des noyaux, des fibres, des culs-de-sac glandulaires, des papilles, etc....

III. On doit admettre, dans l'état actuel de la science, comme autant de variétés ou de formes d'une même maladie, des cancers à cellules, des cancers nucléaires, des cancers glandulaires, des cancers fibreux, etc. etc.

IV. Il y a lieu d'entreprendre de nouvelles recherches pour déterminer si un certain nombre de ces variétés de cancer ne dépendent pas en réalité des maladies constitutionnelles, telles que la dartre, les arthrites, la scrofule, etc.

V. On ne peut arriver à la solution de cette question, qu'en faisant marcher parallèlement l'étude clinique et l'étude micrographique des affections cancéreuses.

---



# QUESTIONS

SUR

## LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

---

*Physique.* — La respiration peut-elle continuer après l'ouverture des deux côtés de la poitrine? Dans quels cas et à quelles conditions?

*Chimie.* — Des caractères des sulfates.

*Pharmacie.* — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base la térébenthine et le baume de copahu.

*Histoire naturelle.* — Comparer les caractères de la famille des chénopodées avec ceux de la famille des polygonées; indiquer les médicaments que la première de ces familles donne à la matière médicale.

*Anatomie.* — Des muscles qui concourent au mouvement de l'expiration.

*Physiologie.* — Des mouvements et des usages de l'iris.

*Pathologie interne.* — Du mode de production des tubercules pulmonaires.

*Pathologie externe.* — Des fistules en général.





